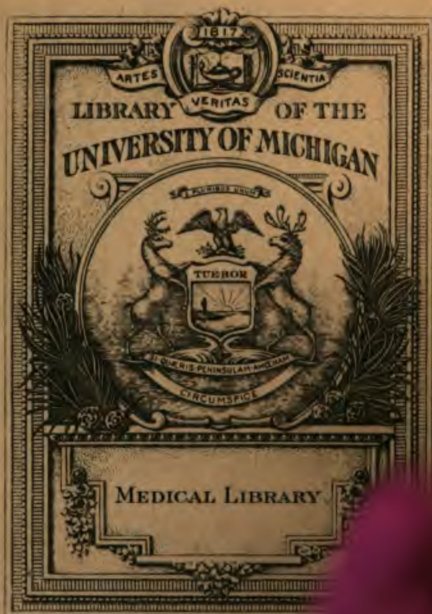

1817
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUÆRIS PENINSULAM AMŒNAM
CIRCUMSPICE
MEDICAL LIBRARY



ANNALES

D'OCULISTIQUE.

Bruxelles. — Imp. de N.-J. Gregoir, rue au Lin, 20.

ANNALES

D'OCULISTIQUE,

PUBLIÉES

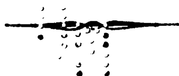
Par le docteur FLORENT CUNIER,

Médecin-oculiste, chirurgien du Dispensaire ophthalmique de Bruxelles, ancien médecin militaire, rédacteur en chef du Bulletin médical Belge et de l'Encyclographie des Sciences médicales, membre des Académies et Sociétés de médecine d'Anvers, Berlin, Bordeaux, Bruges, Bruxelles, Gand, Hoorn, Lisbonne, Lyon, Malines, Mons, Montpellier, Nouvelle-Orléans, Paris, Rotterdam, etc.

Ier VOLUME SUPPLÉMENTAIRE.

—

REVUE OPHTHALMOLOGIQUE DE LA LITTÉRATURE MÉDICALE DES ANNÉES 1840 ET 1841.

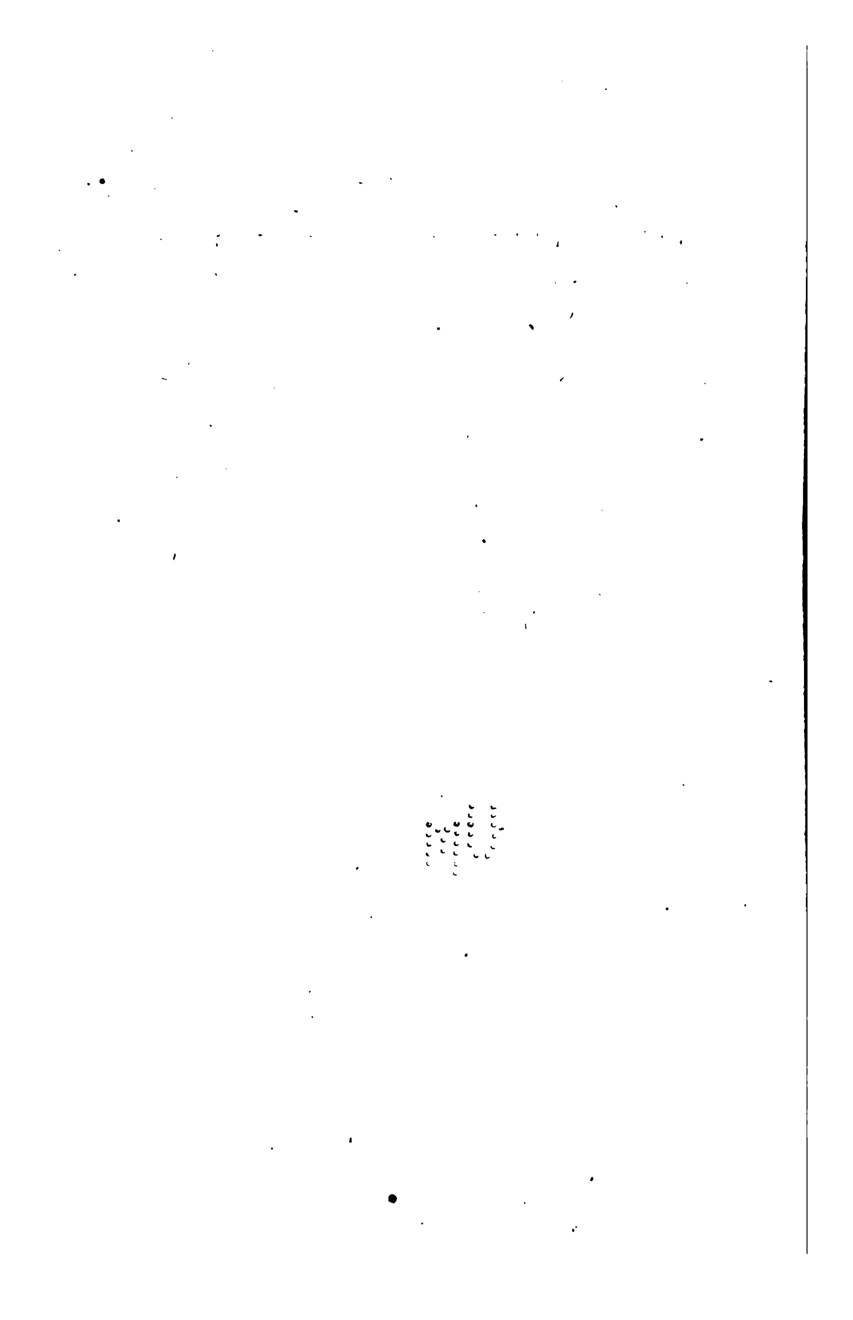


BRUXELLES,

CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,

13, Montagne Ste-Élisabeth.

1842.



Ce volume a pour but de combler une lacune que présentaient les *Annales d'Oculistique*.

Une section de ce recueil est destinée à faire connaître et à rapprocher les faits opthalmologiques épars dans les divers recueils qui embrassent l'universalité de la science ; mais il m'a été

impossible, depuis deux ans, de la remplir convenablement, les articles originaux qui m'ont été adressés ayant presque sans cesse absorbé mes colonnes.

Ma *Revue ophthalmologique de la littérature médicale des années* 1840 *et* 1841, constitue donc avec mes *Annales*, fondées en 1838, une histoire des progrès de l'Oculistique pendant les dernières années.

Mon livre n'était pas entièrement imprimé que déjà j'avais reconnu plusieurs omissions. Mais une œuvre semblable est si longue, si pénible, que l'on ne pourrait sans injustice me reprocher les quelques imperfections qu'elle présente.

Le concours de mon digne ami M. le docteur Fleussu m'a été de la plus haute utilité ; les recherches auxquelles il s'est livré, pour venir à mon secours, ont été parfois bien difficiles, bien ennuyeuses ; qu'il reçoive ici l'expression de ma profonde gratitude pour son assistance aussi intelligente qu'empressée.

J'ai adopté pour l'exposition des travaux que j'avais à analyser, la classification suivie par M. Stœber, dans son *Manuel d'Ophthalmologie.*

Dans le premier chapitre, je donne l'histoire de ce qui a été écrit sur les maladies des organes lacrymaux; les faits qui se rapportent aux maladies de l'orbite ont été rassemblés dans le second. Les notions nouvelles applicables aux affections des paupières, figurent dans le troisième.

Le quatrième chapitre montre ce que l'on a fait pour les maladies du globe de l'œil; dans le cinquième j'ai exposé les quelques recherches auxquelles on s'est livré sur l'action et la préparation de quelques médicaments en usage dans la thérapeutique oculistique.

Je me suis cru obligé de consacrer un chapitre spécial à l'histoire de la myotomie oculaire, et à l'exposition des diverses méthodes recommandées pour la pratiquer; j'ai terminé en parlant des applications qui en ont été faites au traitement de la myopie, de l'amaurose et de la kopiopie.

Je n'ai point traité *in extenso* du strabisme et de la myotomie oculaire, en général, parce que cela m'eût nécessairement entraîné au-delà des bornes que je m'étais imposées; je me pro-

pose d'ailleurs, de publier incessamment un long mémoire sur ce sujet.

Quelques rapprochements que j'ai été contraint de faire, quelques citations que j'ai dû exhumer, blesseront nécessairement l'amour-propre de certains écrivains. Je leur dirai avec Montaigne : *Je ne juge pas, je raconte.*

Si j'ai parlé à la troisième personne, toutes les fois qu'il a dû être question de mes travaux, c'est que la nature du sujet m'en imposait l'obligation.

Je ne me suis occupé que des publications sur la nosologie et la thérapeutique oculaires; je renvoie pour l'histoire de l'anatomie et de la physiologie de l'œil et de ses annexes, aux articles que M. Fleussu y a récemment consacrés dans mon journal.

Docteur Florent Cunier.

Bruxelles, 30 janvier 1842.

REVUE

OPHTHALMOLOGIQUE

DE

LA LITTÉRATURE MÉDICALE

DES ANNÉES 1840 ET 1841.

---

§ I. MALADIES DES ORGANES LACRYMAUX.

A. *Encanthis carcinomateux*. — L'observation suivante, rapportée par un professeur de Palerme, M. Placido Portal (*Il Filiatre Sebezzio*), est remarquable sous le rapport du volume énorme que la tumeur a acquis en peu de temps.

OBS. — Le nommé Ferrante, âgé de 34 ans, entra

à l'hôpital militaire de Palerme dans le mois de janvier 1840, pour y être traité d'une ophthalmie aiguë, d'un encanthis inflammatoire et d'un abcès lacrymal du côté droit. L'ophthalmie disparut en peu de temps sous l'influence des saignées locales et générales ainsi que des émollients; l'abcès s'ouvrit également et se cicatrisa bientôt après. Mais l'encanthis, loin de diminuer, fit de rapides progrès, et malgré tous les traitements employés, tels que sangsues, émollients, pommade de belladone, décoction de salsepareille, calomel associé à l'opium, laxatifs, collyres astringents et laudanisés, vésicatoires, etc., il ne cessa de s'accroître au point d'égaler bientôt le volume d'une orange. On reconnut alors l'inutilité des moyens médicamenteux et la nécessité de recourir à l'extirpation; elle fut facile en enlevant tous les tissus altérés, de la manière la plus exacte, et sacrifiant même, pour plus de sûreté, la moitié de la paupière inférieure, à laquelle adhérait intimement la tumeur, et que l'on remplaça extemporanément par un lambeau pris sur la joue. La masse enlevée était lardacée et cérébriforme; elle pesait environ une livre et demie.

La plaie ne tarda pas à présenter des fongosités suspectes que l'on chercha inutilement à réprimer par des applications de caustique répétées plusieurs fois. La tumeur se manifesta de nouveau et acquit bientôt le même volume qu'avant l'opération. Irrégulière, bosselée à sa surface, saignant au moindre contact, elle causait des douleurs intolérables. Pour complaire au malade, M. Portal consentit encore à faire une opération dont il connaissait toute l'insuffisance, car pendant l'extirpation même, on put voir que l'étendue des racines qui occupaient tout l'orbite et le maxillaire supérieur ne permettait pas l'ablation complète des parties malades. Dès le troisième jour, la récidive s'était déclarée dans le

fond de la plaie; le malade, vaincu par la douleur, arrachait lui-même les fongosités les plus exubérantes....

L'inutilité des moyens chirurgicaux étant désormais bien constatée, on s'en tint aux palliatifs, et le malade succomba le 23 février 1841. La pièce pathologique est conservée dans le cabinet de l'université de Palerme. (*Gaz. méd.*).

B. *Maladies du canal lacrymal et du canal nasal.* — Une observation de fistule lacrymale recueillie dans le service de M. Maisonneuve, a fourni à M. Rognetta (*Gaz. des Hôpitaux*, 1841), l'occasion de se livrer à des réflexions bien sages sur le traitement de cette affection. Il s'agissait d'un homme sur lequel on avait depuis deux ans épuisé inutilement les remèdes que l'auteur appelle les *meilleures ressources de l'art*, savoir, sangsues au nombre de 60, fumigations par les narines, injections d'Anel, pommades astringentes, etc. Désespérant de cette méthode, le chirurgien a employé une première fois le bistouri et la canule, laquelle, ayant déterminé des accidents, a dû être retirée; puis une seconde opération pareille, laquelle n'a pas mieux réussi; enfin le malade était encore à traiter comme dans le principe.

« Je me suis élevé il y a longtemps, dit M. Rognetta, contre ce système généralement adopté de traiter les tumeurs et fistules lacrymales (*Voir* mon Cours d'ophthalmologie, p. 453); système faux, basé sur des principes erronés, qui exaspère ou pallie la maladie sans la détruire. Je suis à même aujourd'hui d'appuyer sur un plus grand nombre de faits ma manière de voir.

« On ne voit communément dans la tumeur ou fistule lacrymale qu'une simple affection mécanique,

Le canal est bouché, dit-on, il faut le désobstruer, le dilater. De là des sondes, des canules, des sétons en permanence, etc. L'organisme a beau se révolter contre une pareille conduite, par des réactions plus ou moins fâcheuses, par l'intolérance de ces moyens, par la reproduction presque constante de la maladie ; on ferme les yeux, on se contente de regarder le mal comme rebelle, et l'on continue la routine reçue. Quelques personnes plus réfléchies prescrivent, il est vrai, avant d'en venir au bistouri, un traitement qu'elles appellent antiphlogistique, et qui consiste, comme on vient de le voir, dans les sangsues appliquées sur la tumeur, des fumigations chaudes par le nez, etc., mais sans réfléchir que les piqûres sur les tissus enflammés agissent traumatiquement, exaspèrent le mal, et que la chaleur des fumigations opère dans le même sens en stimulant, en congestionnant les tissus. On ne vise, du reste, par tous ces moyens, qu'à un seul but : à déboucher le canal nasal ; et lorsqu'on voit le mal marcher à grands pas vers la suppuration, on a recours au bistouri, triste ressource sur laquelle on disserte très-longuement aujourd'hui comme d'une chose de première importance.

« Cette pratique échoue presque constamment, et cela doit être; c'est qu'elle ne tient aucun compte de l'état dynamique de la maladie. Les personnes qui ont eu l'occasion d'examiner sur le cadavre les conditions de l'affection dont il s'agit, ont dû remarquer que le syphon lacrymal est généralement rétréci par le boursoufflement de sa membrane muqueuse, boursoufflement dépendant lui-même de l'inflammation chronique de sa substance, surtout de ses cryptes, et d'une sorte d'épaississement et d'infiltration du tissu sous-muqueux. On comprend

par là comment le cours des larmes doit être intercepté, et pourquoi les remèdes mécaniques ne peuvent que nuire, en augmentant par leur irritation les infiltrations et le boursoufflement. C'est comme si on voulait guérir l'aménorrhée par la présence d'un pessaire.

« Ces données devaient conduire à une tout autre pratique. J'ai pensé, en effet, qu'en combattant la condition dynamique, en dissipant la phlogose à l'aide d'un traitement énergique, on rétablirait la sécrétion des cryptes, et partant les fonctions naturelles du syphon.

« Depuis quatre à cinq ans que j'ai adopté cette pratique, j'ai guéri de la sorte tous les cas de tumeur ou fistule lacrymale qui me sont échus ; leur nombre est de huit ou neuf. Je puis citer, entre autres, le cas d'une dame qui m'a été adressée par M. Toirac en 1838, et dont la guérison se soutient parfaitement jusqu'à ce jour.

« Je suis maintenant à me demander s'il est des cas de fistule lacrymale simple dans lesquels l'opération sanglante soit indispensable? C'est ce que le temps fera connaître. Ma conviction, quant à présent, est qu'un chirurgien qui chercherait dans le fer et le feu le remède de la maladie serait tout aussi blâmable qu'un autre qui aurait recours à la taille, pouvant employer la lithotritie. »

M. Rigaud (*Bull. thér. Enc.*, 4ᵉ s., II, 389), conclut de quelques observations qu'il rapporte, que « chez les jeunes sujets un grand nombre de tumeurs lacrymales guérissent spontanément. » L'amélioration de la constitution, le développement des organes à diverses époques, lui paraissent avoir une bien plus grande importance que les fumigations, les lotions et les collyres.

Suivant M. Biangini (*Journ. de la Soc. de méd. de Bordeaux*, 1840), le traitement de la fistule lacrymale devrait reposer sur des bases absolument contraires à celles adoptées jusqu'à ce jour. Ainsi, pendant que tous les efforts des chirurgiens tendent à rétablir une libre communication entre les points lacrymaux et les fosses nasales, lui, au contraire, s'efforce d'oblitérer complétement les voies lacrymales dans toute leur étendue par une solide cicatrisation. La cautérisation du sac lacrymal serait donc le meilleur procédé à suivre pour la cure de la fistule lacrymale, et ce médecin appuie ses assertions sur sa longue pratique et celle du professeur Camicci. Voici le procédé qu'il propose : Après avoir ouvert le sac à la manière de Petit, on remplit sa cavité avec de la charpie enduite d'un corps gras et recouverte d'une couche de poudre de nitrate d'argent. On continue l'usage du caustique jusqu'à ce que le gonflement morbide ait disparu; il faut faire en sorte que la cicatrisation marche du fond vers les bords, en observant les préceptes indiqués pour les fistules à l'anus.

Le chlorure de chaux en solution a été employé avec succès en injections dans un cas de fistule lacrymale, par le docteur Ridder, chirurgien-major à Amersfort (*Nederlandsch Lancet*, 1840); des frictions eurent lieu en même temps au pourtour de l'ouverture fistuleuse avec un onguent composé d'une partie de calomel sur quatre d'axonge; le calomel a été donné à l'intérieur en même temps que des fumigations avec une infusion de fleurs de camomille ont été pratiquées. Trois semaines suffirent pour amener une cure qu'un traitement de plusieurs mois n'avait pu déterminer.

Nous avons reproduit une observation publiée

par M. Manzini (1), d'une fistule remarquable par son opiniâtreté et par l'exemple qu'elle fournit de l'insuffisance de la canule, et des accidents qu'elle est susceptible de produire. Nous avons aussi fait connaître les modifications qu'a fait subir M. Duval à la canule de Dupuytren (2). M. Bourjot St-Hilaire a présenté à la Société médicale d'émulation de Paris le même instrument, modifié à sa manière. C'est un tuyau métallique double, formé de deux canules engaînées l'une dans l'autre, et offrant les dimensions et la forme de la canule de Dupuytren. Le but que s'est proposé M. Bourjot, c'est de pouvoir, en cas d'obstruction, extraire facilement la canule intérieure et laisser en place l'extérieure.

§ II. Maladies de l'orbite.

A. *Inflammation du tissu cellulaire.* — Le fait suivant est rapporté par M. J. Thiry, dans les *Archives de la médecine belge* (août 1841), sous le titre impropre des *Abcès de l'œil;* il a offert ceci de très-remarquable que l'orbite est restée saine, bien qu'aucun des désordres qui accompagnent ordinairement le phlegmon du tissu cellulaire de l'orbite n'ait fait défaut.

« Obs.—Corneille Halemans, âgé de 19 ans, journalier, entra à l'hôpital St-Jean le 24 janvier 1839, et y

---

(1) Gaz. Hôp. 1840.—Ann. d'Ocul. III, p. 176.—Encycl., 4e, s., I 623.

(2) Ann. d'Ocul., III, p. 95. — Encycl., 4e s., p. 329.

succomba le 27 mars de la même année; d'un tempérament excessivement lymphatique, et d'une faible constitution; il ressentit, il y a trois semaines, un frisson suivi de chaleur et de transpiration ; bientôt après, il survint de la douleur dans l'œil gauche et de la photophobie; les paupières de ce côté se gonflerent, devinrent rouges et congestionnées; bientôt il y eut cécité par le rapprochement invincible de ces paupières; enfin la suppuration s'établit, et un pus crémeux commença à couler. A l'entrée du malade, l'œil gauche était enflammé ; avec ses adhérences, il formait une tumeur de la grosseur d'un œuf de dinde; les paupières étaient d'un rouge livide, douloureuses à la pression, œdématiées, collées ensemble par du muco-pus ; derrière l'inférieure se trouvait un abcès dont on fit écouler le pus par la pression. Le globe oculaire était gonflé, proéminent, poussé hors de l'orbite : on fit d'abord quelques mouchetures dans le sens des fibres de l'orbiculaire, pour dégorger ces parties ; mais elles produisirent peu de succès, car la conjonctive oculaire s'enflamma à son tour; il se forma un chémosis; l'œil devint de plus en plus proéminent. On supposa que le pus provenait du coussinet graisseux qui tapisse le fond de l'orbite. On incisa le *chémosis*.

« Le 27 janvier, la maladie a fait des progrès ; la pupille est très-irritable (? Réd.); on reconnait de la fluctuation à la partie externe du globe de l'œil.—On ordonne l'extrait thébaïque avec le calomel.

« Le 29, tache blanchâtre au centre de la cornée; cette tache paraît être une escarre. Les humeurs de l'œil ne semblent pas altérées ; la suppuration s'établit à la partie externe du globe de l'œil. — Même traitement, c'est-à-dire, calomel et extr. théb. Quelques jours après, l'escarre qui était sur la cornée se détache,

l'humeur aqueuse se précipite par l'ouverture, après quoi le trou est bouché par un point blanchâtre globuleux; bientôt une membrane fine, de nature séreuse, traverse ce trou, et vient faire hernie; on suppose une hernie de l'iris.—On ordonne l'onguent de Janin avec l'extrait de belladone.

« Le 2 février, à la suite du lavage des salles, frisson, suivi de chaleur et de sueur; pouls dur, fréquent; la paupière supérieure devient rouge, érysipélateuse et sensible à la pression. On voit deux ulcérations dans la conjonctive oculaire au-dessous de la cornée: l'iris fait hernie. — Émollients. Il se déclare aussi une périostite aiguë du tibia gauche.

« Quelques jours après il se manifeste des symptômes d'embarras gastrique; la peau du front devient tendue, rouge, luisante, très-douloureuse. Ces symptômes se continuent pendant deux ou trois jours. On diagnostique une *péricranite* avec gastro-entéro-colite.—On a recours aux émollients et à la diète. L'œil est complétement perdu; l'iris fait toujours hernie; suppuration; paupières tuméfiées, d'une rougeur livide.

« Le 8, il s'était formé sur le front une tache blanchâtre; cette tache, deux jours après, se convertit en une escarre de la largeur d'un franc. Les parties qui environnent cette escarre sont d'un rouge-violacé. On ne peut pas diagnostiquer cette singulière affection. — Pansement sec.

« Les jours suivants de nouvelles escarres se forment encore, se détachent; après elles, des ulcères blafards paraissent; le périoste reste sain; fièvre; diarrhée; douleur abdominale.

« Ne pouvant, dans un cadre aussi restreint, suivre les progrès de cette gangrène, qui finit par envahir tout le cuir chevelu, et par emporter le malade, je vais

décrire d'une manière générale cette singulière affection.

« La formation de la pustule, de l'escarre, et sa chute se firent en trois jours. Le premier jour apparurent en un endroit du cuir chevelu, une ou plusieurs taches circulaires, d'un rouge brun èt d'une grandeur variable ; à l'endroit où les taches se manifestèrent, il y avait de la douleur et de la tuméfaction. Le deuxième jour, l'uniformité de la couleur rouge brunâtre fut interrompue par le développement de pustules livides, plombées, en plus ou moins grand nombre, et d'une grosseur variable; si on ouvrait les pustules, il en sortait une matière soit sanieuse, soit puriforme : dans ce dernier cas, les pustules avaient une nuance blanchâtre. Le troisième jour, le tissu recouvert par les pustules tomba gangréné, et l'escarre qui en résulta, se détacha très-vite ; les ulcères consécutifs à la chute des escarres étaient pâles, et fournissaient un pus de bonne nature. Cette affection toute locale était accompagnée de fièvre hectique, de diarrhée, d'anorexie, de douleurs dans les jambes ; l'œil droit se conserva sain jusqu'à la mort : quant à l'œil gauche, nous ne savons ce qui lui advint. — Le traitement appliqué dans ce cas fut des plus variés.

« Poûr traitement *local* on eut recours, 1° à un onguent avec le proto-iodure de mercure ; 2° au mucilage camphré de Plenck ; 3° à l'onguent d'althæa camphré ; 4 à un onguent ayant pour base la *suie*.

« Le traitement *général* fut aussi très-varié ; on donna, 1° les émollients ; 2° le calomel ; 3° l'huile de foie de morue ; 4° le sulfate de quinine ; 5° l'absinthe ; 6° l'iodure de fer. Aucun traitement, hormis la *suie* à l'extérieur, n'eut le moindre succès, la plupart devaient être suspendus à cause qu'ils n'étaient pas supportés,

« A l'autopsie, les os du crâne ne présentèrent nulle altération. Toute l'altération se trouvait dans la peau et le tissu cellulaire. »

B. *Blessures de l'orbite.*—Le cas dont la relation suit d'une blessure de l'orbite, ayant déterminé la rupture du nerf optique, est des plus intéressants ; il a été recueilli par un médecin anglais, le docteur Philips. (Lond. med. Gazette, janvier 1841.)

Obs. — Le 28 décembre dernier, un homme d'âge moyen a été reçu à Middlesex-Hospital pour être traité d'une blessure de l'orbite gauche avec perte instantanée de la vue de l'œil droit. Il déclara qu'il venait d'être blessé par un cheval en voulant le relever d'une chute sur un chemin glissant. Il était près de la tête de l'animal lorsque celui-ci l'a frappé d'une manière inattendue en faisant effort pour se relever; il l'a frappé sur l'œil avec une telle violence, qu'il l'a jeté par terre, mais sans l'étourdir. On l'a immédiatement transporté dans la boutique d'un chimiste pour les premiers secours, puis à l'hôpital.

Il pense avoir été frappé non par la tête du cheval, mais par un fer attaché à la bride que la tête a poussé violemment.

A l'examen, on trouve une plaie saignante entre l'œil gauche et le nez, s'étendant depuis trois quarts de pouce environ de la commissure interne des paupières à un pouce au-dessous du sourcil. Les conduits lacrymaux et le tendon du muscle orbiculaire ont été divisés. Une sonde peut être introduite à une profondeur de trois quarts de pouce dans la direction de la paroi interne de l'orbite ; mais aucun os n'est dénudé. Le sang qui s'écoule

est très-liquide et comme mêlé de larmes. Une légère ecchymose existe à la paupière, mais l'œil lui-même est sain. Le malade se plaint de cécité complète à l'autre œil. L'examen cependant n'y fait pas découvrir la moindre altération : sa sensibilité au toucher, ainsi que ses mouvements étaient à l'état normal ; seulement la faculté visuelle était éteinte et la pupille dilatée au plus haut degré. Une chandelle allumée ayant été approchée de ce côté, le malade n'a pu la distinguer et la pupille est restée impassible. Le malade se plaint d'un léger mal de tête, mais ses réponses étant exactes, rien ne fait soupçonner de lésion dans le crâne.

Les os du nez, ayant été examinés soigneusement, n'ont offert aucune fracture. Aucune ecchymose, aucune lésion appréciable n'existe à l'orbite et à l'œil du côté droit. On panse la plaie avec des bandelettes adhésives et des compresses. On prescrit : jalap, 15 grains ; infusion de séné. Après la purgation : trois grains de poudre antimoniale toutes les six heures.

Le 30, délire, insensibilité, dyspnée. On diagnostique une méningite. Purgations répétées, fomentations froides sur la tête, saignée (16 onces) ; calomel et antimoine toutes les quatre heures.

Dans la soirée, convulsions, décubitus sur le côté gauche, bras et jambes fléchies et raides ; membres du côté droit en mouvement continuel ; respiration laborieuse ; la pupille du côté droit est contractée maintenant Poudre de calomel appliquée sur la langue, le malade ne pouvant pas avaler les pilules. Vésicatoire à la nuque.

Le 31, même état ; œil droit immobile, mais conservant toujours sa sensibilité. On continue le calomel ; fomentations froides sur la tête ; vésicatoire pansé avec l'onguent mercuriel.

1er janvier. Respiration stertoreuse et fréquente ; dé-

cubitus dorsal ; le spasme des membres du côté gauche a cessé ; il y a hémiplégie de ce côté ; le côté droit est tranquille ; il y a chaleur excessive à la tête : 18 sangues aux tempes ; sinapismes aux jambes.

Le 2, mort au milieu de convulsions.

Autopsie. On enlève la voûte crânienne et la dure-mère. Vascularité très-prononcée et infiltration abondante de lymphe entre l'arachnoïde et la pie-mère des deux hémisphères. On retire le cerveau ; il est traversé d'une quantité inusitée de vaisseaux injectés. Les ventricules latéraux contiennent une grande quantité de sérum et de pus. En soulevant les lobes antérieurs, on les trouve adhérents à la dure-mère dans toute leur surface inférieure, moyennant de la lymphe plastique. On examine délicatement les nerfs optiques, et l'on trouve celui du côté droit complétement déchiré en travers ; ses extrémités sont seulement jointes ensemble par une membrane mince, au niveau du trou optique. La base du cerveau, depuis la moelle allongée jusqu'à la commissure des nerfs optiques, est couverte d'une couche épaisse de lymphe plastique qui empêche de bien voir les racines des nerfs. A la partie postérieure du lobe antérieur droit, près de la blessure du nerf optique, le cerveau est broyé, ramolli et ecchymosé dans l'étendue d'un quart de pouce en surface, et d'un demi-pouce en profondeur. La cause de la lacération du cerveau et de la rupture du nerf optique est dans la portion cérébrale de l'ethmoïde et d'une partie du sphénoïde qui forme le plancher du trou optique. Un fragment osseux, isolé, a été trouvé attaché à la dure-mère qui couvre la partie antérieure de la selle turcique, au-dessus du sinus caverneux droit : il est évident que c'est cette portion osseuse qui avait déchiré le nerf optique et la substance cérébrale. Un examen minutieux de la plaie orbitaire a fait reconnaître l'exis-

tence d'un trou accidentel, par lequel un stylet a pu pénétrer librement jusque sur la brèche de l'ethmoïde dans le crâne. Il a été dès lors évident que l'instrument fériteur, que la tête du cheval avait poussé vers l'orbite de cet homme, avait dû être pointu, qu'il avait dû frapper violemment l'os *planum* en dedans de l'orbite, et était passé de bas en haut jusqu'à la lame cérébrale de l'ethmoïde, et avait blessé le nerf optique du côté opposé.

M. le docteur Rognetta a publié, à propos de cette observation (1), les réflexions suivantes :

« La science possède plusieurs faits analogues; cependant celui-ci offre des conditions qui le rendent peut-être unique. La circonstance la plus remarquable, c'est la lésion directe du nerf du côté opposé à l'orbite blessée. On sait que le nerf optique peut être blessé directement dans l'orbite par un instrument pointu qui entrerait par l'angle externe de cette cavité. Dans cette partie, en effet, le nerf décrit une courbe à convexité externe qui le rend très-accessible ; mais on n'avait pas encore vu la lésion de la portion intra-crânienne du nerf d'un côté par un instrument poussé par l'angle orbitaire interne du côté opposé. Il est remarquable que dans toutes les lésions matérielles du nerf optique, bornées dans cette partie de l'appareil oculaire, le seul phénomène appréciable a été l'amaurose pure et simple, le globe visuel ayant conservé toutes les apparences normales.

« Dans une dissection faite par Chéselden, et dans une autre pareille de Morgagni, le nerf optique

(1) Gazette des Hôpitaux, 1841, n° 32.

était depuis longtemps désorganisé par maladie spontanée, et pourtant l'œil conservait toute sa transparence, sa forme, son volume, sa vivacité normales ; seulement il avait perdu la faculté de voir. Cela confirme l'opinion qui regarde le nerf en question comme un nerf de sentiment, n'ayant aucune influence sur la nutrition de l'organe.

« Une autre circonstance non moins remarquable résulte de la petitesse de l'ouverture perforante, et par conséquent de l'instrument fériteur et des suites d'une pareille lésion. Rien n'indiquait d'abord que le cerveau eût été lésé, et pourtant un incendie fatal s'est allumé aussitôt après. Dupuytren racontait, dans ses cours, les faits suivants :

« Un ancien maître d'armes passe devant une caserne, et il ne peut résister au désir d'entrer voir un de ses vieux camarades. Le maître d'armes de la caserne lui propose un assaut qu'il accepte avec plaisir. Ils se mettent en garde ; l'ancien maître reçoit un coup sur le masque, le fleuret boutonné perce la grille de celui-ci et le frappe à la base de la paupière supérieure, où il fait une petite plaie de peu d'importance en apparence ; le blessé tombe cependant ; on le porte à l'Hôtel-Dieu. Le surlendemain symptômes encéphaliques alarmants (délire, convulsions, fièvre, frisson, coma) ; mort le quatrième jour. A l'autopsie on trouve que la lame orbitaire du frontal avait été percée par le fleuret, et que le lobe correspondant du cerveau avait été percé.

« Le fils du général E..., élève à l'Ecole polytechnique, éprouva absolument le même accident en faisant des armes ; il resta hémiplégique.

« Les annales de la science contiennent un assez grand nombre de faits pareils ou analogues, par suite d'un coup de canne (Ruysch, Bonnet), d'épée

(Borelli, Bell), de parapluie (Mackenzie), de flèche (Hortins), de fourchette (Massot), de perche (*Phil. trans.*), etc. J'ai observé moi-même un cas de blessure du nerf optique par un coup d'alène porté dans l'angle externe de l'orbite sur un garçon cordonnier au Marais. D'autres ont vu le même nerf être tout à fait rompu dans sa portion orbitaire par suite d'une luxation violente de l'œil, etc. »

C. *Tumeur encéphaloïde de l'orbite.*—La relation suivante communiquée à la *Revue des Spécialités* (I, p. 441) nous a paru digne d'être mentionnée : Une fille de douze ans porte dans l'orbite gauche (30 mars 1840) une tumeur qui, depuis deux ans qu'elle a commencé à se développer, a fait des progrès continuels, et a déterminé peu à peu l'expansion du globe oculaire. Au début de ce déplacement de l'œil, la vision ne fut pas troublée, ce qui ne laissait aucun doute sur la non-participation de l'appareil oculaire à la maladie; mais, à partir du 15 avril, la vue commença à se troubler, et la perte de cette fonction ne fit qu'augmenter de jour en jour. L'opération fut décidée, et pratiquée par M. Velpeau, qui décrivit ainsi le manuel qu'il se proposait de mettre à exécution :

A partir du sommet de l'angle externe de l'œil, nous commencerons une incision que nous ferons bientôt contourner l'apophyse orbitaire externe pour continuer sa courbure vers le front. Cette incision, mieux qu'une incision droite, horizontale, partant du même point, nous facilitera le moyen de renverser en haut la paupière supérieure en totalité; résultat qui, en rendant plus aisées les manœuvres que nous aurons à exécuter dans

l'intérieur de l'orbite, favorisera d'autant l'exécution de l'opération. Dès que les adhérences périorbitaires de la tumeur auront été détruites, celle-ci sera saisie par une de ses bosselures avec une érigne, et, s'il y a moyen, on essayera de l'extirper seule sans toucher l'œil; s'il y a lieu, on extirpera le globe oculaire en même temps. Nous craignons même qu'il ne nous soit point possible de nous soustraire à cette dernière opération, car il nous paraît peu probable d'admettre que les muscles de l'œil et le nerf optique n'aient point été englobés dans la tumeur, et vous concevez combien dès lors la dissection partielle des bosselures de la tumeur deviendrait difficile à pratiquer.

Aussitôt que la paupière supérieure eût été relevée, M. Velpeau introduisit le doigt entre le globe de l'œil et la paroi supérieure de l'orbite. Cette inspection lui a démontré que la tumeur occupait la totalité de la cavité orbitaire, mais qu'elle était libre, en devant, au moins, de toute sorte d'adhérence intime avec les parois de cette cavité.

Il fut impossible d'atteindre la limite postérieure de la tumeur, circonstance qui força l'opérateur à n'extirper d'abord que la base; le sommet ne put l'être qu'après. Le globe de l'œil dut être extirpé en totalité.

Examen de la pièce pathologique.—A sa partie antérieure, elle est représentée par le globe oculaire, qui, postérieurement, est enveloppé par la tumeur, à laquelle le nerf optique sert d'axe; à la partie postérieure de l'œil, en isolant celui-ci de la tumeur, on voit le nerf optique qui s'engage dans la masse morbide, et qui en sort du côté opposé. Ce nerf ne paraît avoir subi aucune

altération; aussi la vue n'a-t-elle été altérée que tardivement par le progrès de l'exophthalmie, qui a imprimé une modification tout à fait mécanique à ce même nerf. La tumeur est formée de tissus encéphaloïdes, ce qui avait été prévu du reste.

Cette circonstance a engagé l'opérateur à employer tout le soin possible pour qu'aucune portion de la tumeur n'échappât à l'action de l'instrument tranchant. A cet égard, le succès fut parfait : car en enlevant la partie de la tumeur qui occupait le sommet de la cavité orbitaire, on amena une partie de tissus sains, contenant dans leur épaisseur un cylindre de nerf optique. Mais on ne pourrait assurer qu'il n'existait pas un prolongement à travers la fente ptérygo-maxillaire; crainte d'autant plus fondée, que les tumeurs de cette espèce sont malheureusement sujettes à présenter ces sortes d'embranchements. Si l'on ajoute à cela que les tumeurs encéphaloïdes sont très-rarement des affections entièrement locales, et que, d'ordinaire, d'autres germes existent dans leur voisinage, les craintes relatives à une récidive ne font que réunir plus de probabilité ; récidive qui se montre, terme moyen, selon M. Velpeau, quatre fois sur cinq.

Pour prouver, dit ce chirurgien, combien il est difficile de se soustraire à la repullulation du cancer encéphaloïde, nous croyons devoir citer un fait qui s'est présenté à la clinique l'année dernière. Un cinquième de l'œil seulement était envahi par le cancer, et il était presque douteux que l'opération fût indispensable; néanmoins, l'œil entier, le nerf optique, le tissu cellulaire graisseux, tout fut enlevé. Ainsi, avec le cancer, une grande portion de tissus sains fut extirpée; mais, malgré

cela, la récidive s'était déjà déclarée avant que la cicatrisation fût achevée. Sortie de la Charité, la malade entra dans le service de M. Baffos, rue de Sèvres, où une nouvelle opération qui fut pratiquée ne tarda pas à être suivie d'une nouvelle récidive, et quelque temps après, de la mort.

Les annales de l'ophthalmologie renferment peu de faits semblables à celui observé à l'Hôtel-Dieu par M. Maisonneuve. La marche insolite du mal, l'extirpation de la tumeur suivie de la conservation de la vue, sont choses au plus haut point dignes de remarque.

Voici le fait, tel que le raconte M. Bocandé, (Gaz. Hôp. 1841, n° 28) :

Obs. — « Le malade, âgé de 47 ans, d'une forte constitution, exerçant la profession de tailleur, avait joui constamment d'une bonne santé jusqu'au mois d'avril 1839, où, pour la première fois, il éprouva dans l'orbite du côté droit un sentiment douloureux de tension. Bientôt après l'apparition de ces premiers symptômes, le malade s'aperçut que le globe oculaire était repoussé en avant et faisait saillie sous les paupières. N'éprouvant, du reste, aucun trouble dans la vision, il négligea de réclamer les secours de l'art; ce fut seulement au mois de juillet de la même année qu'il vint à l'Hôtel-Dieu, où il fut reçu dans le service de M. Blandin.

« A cette époque, le globe de l'œil, en partie chassé de son orbite, n'était plus qu'incomplétement recouvert par les paupières; il était en outre dévié en dehors et maintenu fixe dans cette position par une tumeur située dans le grand angle. Cette tumeur, développée dans la cavité orbitaire, faisait à l'extérieur un relief peu considérable;

elle était comme étranglée par le tendon direct du muscle orbiculaire des paupières, au-dessus et au dessous duquel il était facile de la sentir. M. Blandin en fit l'extirpation en conservant intact le globe oculaire, dont les fonctions n'étaient pas altérées. A l'examen de la tumeur, on constata la nature encéphaloïde de son tissu, ce qui n'empêcha pas la cicatrisation de se faire avec rapidité. Six semaines après, le malade, parfaitement guéri de l'opération, sortit de l'hôpital.

« Il put reprendre ses occupations, et pendant quatre mois, il n'éprouva rien qui lui fît douter de sa guérison radicale; mais alors se manifestèrent les premiers symptômes d'une récidive. Ce fut d'abord une douleur sourde et profonde dans l'orbite; bientôt après un embarras dans les mouvements de l'œil, la projection de cet organe en avant; plus tard enfin, l'apparition d'une double tumeur à la partie supérieure et inférieure du globe oculaire Les choses en étaient là quand le malade entra à la Maison royale de Santé, dans le service de M Monod.

« Après un examen approfondi, ce chirurgien diagnostiqua l'existence d'une tumeur encéphaloïde et proposa l'extirpation; mais, incertain encore sur le procédé le plus convenable à mettre en usage, et principalement indécis sur la question de savoir s'il ferait ou non le sacrifice de l'œil dont la forme et les fonctions étaient intactes, M. Monod crut devoir temporiser. Il eut lieu de s'en applaudir; car huit jours à peine s'étaient écoulés que la tumeur, loin de continuer son développement progressif, prit une marche rétrograde; elle s'affaissa d'abord, et peu à peu finit par disparaître complétement, au point que le malade, ayant recouvré tous les mouvements normaux de l'œil, n'éprouvant plus ni gêne ni douleur, sortit de l'hôpital et reprit ses travaux.

« Malheureusement ce calme ne devait pas être de

longue durée. Au bout de trois mois les symptômes reparurent avec une nouvelle intensité; la tumeur reprit en quelques jours son volume primitif, puis augmenta de plus en plus. Dans ce moment elle occupe les quatre cinquièmes de la circonférence de l'orbite; elle soulève la paupière supérieure, au-dessous de laquelle on la voit recouverte de la conjonctive. En bas, elle a glissé sous la paupière inférieure, et, contournant le bord inférieur de l'orbite, elle plonge jusque dans la fosse canine. Ces deux lobes principaux semblent unis, du côté de l'angle externe de l'œil, par un prolongement profond. L'angle interne seul, qui précédemment avait été le siége de la tumeur extirpée par M. Blandin, n'est pas encore envahi. Le globe oculaire, toujours intact dans sa forme et ses fonctions, n'obéit plus à l'action musculaire; il est fixe, et comme enchâssé par cette production morbide. »

M. Maisonneuve a été surtout frappé d'un fait extraordinaire, la disparition spontanée de la tumeur, à une époque avancée de son évolution.

« Dans l'état actuel de la science, dit-il, cette circonstance semblerait suffisante pour éloigner toute idée d'une tumeur cancéreuse; et telle serait mon opinion, si je n'avais eu l'occasion d'observer un fait analogue. »

Il raconte qu'en 1832, lorsqu'il était interne de Dupuytren, une jeune fille, âgée de dix-sept ans, d'une fraîcheur et d'une beauté remarquables, vint à la consultation de l'Hôtel-Dieu, pour une tumeur du volume d'un gros œuf de poule, qu'elle portait à la région temporale gauche. Après un mûr examen, Dupuytren n'hésita point à diagnostiquer une tumeur encéphaloïde, encore à l'état de crudité; mais, avant de prendre un parti extrême, il crut

devoir, comme il en avait l'habitude, essayer quelques remèdes résolutifs. Il prescrivit des mercuriaux à l'intérieur, et des sangsues autour du point malade. Au bout de quinze jours, la jeune fille vint le remercier de l'efficacité de ses conseils : la tumeur avait disparu complètement ; bien plus, il restait à sa place une véritable dépression. Dupuytren alors, malgré l'air d'innocence et les dénégations formelles de la jeune personne, pensa que cette tumeur pouvait être de nature syphilitique, et rétracta son premier diagnostic. Deux mois se passèrent, et la malade se présenta de nouveau à la consultation pour la réapparition de son mal.

La tumeur, en effet, avait reparu depuis quinze jours avec les mêmes caractères, et, dans ce court espace de temps, elle avait acquis son volume primitif. Dupuytren crut que le traitement anti-syphilitique n'avait pas été assez prolongé ; il réitéra ses prescriptions. Mais cette fois, le succès ne fut plus le même ; au bout de trois semaines, la tumeur avait doublé de volume. Dupuytren reçut la malade dans son service, salle Saint-Jean. Là, rien ne put arrêter les progrès effrayants du mal ; et bientôt cette malheureuse fille, naguère si belle, ne fut plus qu'un objet d'horreur et de dégoût. Quand elle succomba, la tumeur, d'un volume énorme, avait envahi tout le côté gauche de la face et l'avait déformé d'une façon hideuse. L'autopsie fit voir une énorme tumeur encéphaloïde, ramollie déjà dans sa partie la plus saillante. Elle reposait dans la fosse temporale externe, où sa base adhérait aux parties osseuses ; celles-ci n'avaient subi d'autre altération qu'un épaississement, accompagné d'une vascularisation insolite.

« Ce fait, reprend M. Maisonneuve, nous est

donc une preuve que la circonstance de disparition spontanée n'est pas en contradiction nécessaire avec la nature encéphaloïde d'une tumeur; et, cela posé, le diagnostic de l'affection qui nous occupe se trouve singulièrement simplifié. » Ici, passant en revue tous les signes locaux et généraux de la maladie, et les résumant dans une appréciation rapide, le chirurgien arrive au résultat suivant :

1° La tumeur n'est pas une tumeur liquide, un abcès, un kyste, etc., parce qu'elle n'offre pas même l'apparence de fluctuation ;

2° Ce n'est point une tumeur osseuse, squirrheuse, fibreuse : elle a trop de mollesse et d'élasticité ;

3° Ce n'est point une tumeur érectile, anévrismatique; il n'y a pas la moindre pulsation.

Ce ne pourrait donc être qu'une tumeur lipomateuse ou encéphaloïde. Si déjà le malade n'avait pas été opéré une première fois, le doute eût été permis; mais l'année dernière on a constaté la nature cancéreuse de la tumeur extirpée, les probabilités étaient pour une récidive, d'autant plus que l'encéphaloïde est précisément, de toutes les formes du cancer, celle qui se reproduit le plus constamment. Du reste, il n'y avait pas de douleur lancinante, ce qui portait le chirurgien à croire que le travail de ramollissement n'était pas commencé.

Quant aux limites de la tumeur, M. Maisonneuve pensa qu'il était impossible de les déterminer d'une manière précise ; il espérait cependant qu'elles ne s'étendaient pas très-profondément; il s'appuyait sur ce que l'exophthalmie n'était par très-prononcée. Le lobe supérieur était mobile, mais l'inférieur, sans être précisément fixe, semblait en relation plus directe avec les parties osseuses.

Nous ne suivrons point M. Maisonneuve dans la

discussion à laquelle il a soumis la question opératoire ; nous dirons seulement :

1° Qu'il admit l'opportunité de l'opération, en invoquant, d'une part, les exemples rares, il est vrai, de guérison dans des cas semblables, d'autre part, l'erreur possible de diagnostic sur la nature de la lésion ;

2° Qu'il pensa pouvoir enlever tout le mal sans faire le sacrifice du globe oculaire ;

3° Enfin, qu'il préféra, pour le cas particulier dont il s'agit, le procédé de Dupuytren à tous les autres.

M. Maisonneuve procéda à l'opération de la manière suivante : Une incision verticale divisa la paupière inferieure. Les quatre lambeaux furent disséqués rapidement et écartés de manière à découvrir parfaitement toute la base de l'orbite et par conséquent le globe de l'œil et les tumeurs. L'opérateur commença par isoler la supérieure ; il y parvint facilement avec le doigt et quelques coups de ciseaux : il en fit immédiatement l'ablation. La tumeur inférieure offrait plus de difficultés ; ce ne fut qu'après une patiente et laborieuse dissection que le chirurgien parvint à la détacher du rebord orbitaire sur lequel elle se recourbait pour pénétrer dans la fosse canine. Cela fait, il la poursuivit dans l'orbite où elle plongeait à une grande profondeur. Enfin il en atteignit les limites près la fente sphénoïdale et il en fit l'extraction en l'énucléant.

Après l'extirpation, les paupières furent rapprochées, leur solution de continuité réunie par quelques points de suture, et le tout maintenu par un pansement simple.

Au bout huit jours les sutures étaient cicatrisées, le malade se trouvait dans l'état le plus satisfaisant; l'œil était sain et la vue intacte.

D. *Fongus hématode de l'orbite.*—M. Guersant rapporte avoir extirpé chez une petite fille une tumeur qui était, dit-il, un *fongus hématode de l'orbite* (1)« . L'orbite a été vidée, les paupières ont été emportées. Il n'y a point eu d'hémorrhagie (? ?) ni d'autres accidents inflammatoires graves. Les bourgeons étaient pâles, et dès le troisième jour on a fait un pansement avec de la charpie imbibée d'eau chlorurée. Des révulsifs ont été appliqués aux membres inférieurs. »

M. Guersant ne dit rien sur la nature de la tumeur enlevée, qui n'était autre qu'un fongus *médullaire*, qu'il dénomme, par erreur sans doute, *hématode*. Après avoir parlé de cette opération en termes légers, M. Guersant nous apprend, quinze jours plus tard, qu'il ne l'a pratiquée qu'à son corps défendant, et cédant principalement aux instances réitérées des parents. En définitive, la malade a succombé, et voici les détails de l'autopsie cadavérique :

« La dégénérescence fongueuse, qui s'était déjà emparée du travail de cicatrisation de l'intérieur de l'orbite, se prolongeait dans l'intérieur du crâne en parcourant le trajet du nerf optique ; d'autres ramifications fongueuses partaient également de l'orbite et s'engageaient dans les fentes sphénoïdales, sphéno-maxillaire, et ptérygo-maxillaire. Dans l'intérieur du crâne, au niveau de l'entrecroisement des nerfs optiques, on remarquait une masse ou tumeur fongueuse qui enveloppait les deux nerfs optiques, lesquels étaient transformés en

(1) Gaz. des Hôpitaux, 21 oct. 1840.

tissu fongueux. Cette dégénérescence du nerf optique explique l'amaurose complète qui existait de ce côté. »

Qu'y a-t-il là dedans qui appartienne au fongus hématode?

§ III. Maladies des paupières.

A. *Fongus hématode de la paupière.* — M. le docteur F. Pauli a consigné le fait suivant dans le journal de M. d'Ammon :

Obs. — On remarque à la naissance d'un enfant une petite tumeur dure, fixe, à l'angle externe de la paupière supérieure gauche, de la grosseur d'une lentille. La paupière, un peu plus rouge que le reste de la peau, pendait sur le globe, mais se releva après quelques jours; après 9 mois, la tumeur avait acquis le volume d'un œuf de canard. Vers la troisième année, elle couvrit presque complétement l'œil; peu à peu elle s'étendit sous la peau en tous sens. A neuf ans elle occupait toute la moitié de la face et de la tête, et refoulait en haut l'oreille de ce même côté, et deux ans plus tard elle pendait déjà par dessus la figure, ce qui engagea le petit malade à adapter à son bonnet un sac pour la soutenir. La partie cartilagineuse du nez fut poussée de l'autre côté; ce qui rendait la bouche un peu de travers, et la tumeur s'étant accrue avait gagné la cavité de la bouche. — Lorsque M. Pauli a vu le malade, alors âgé de 15 ans (1838), cette tumeur était élastique, molle, inégale, fortement bosselée, en apparence fluctuante; on pouvait facilement la comprimer, et souvent, en y posant la main, on remarquait une pulsation qui, en comprimant les artères correspondantes, diminuait un peu, mais ne

disparaissait pas complétement. La peau qui la recouvrait était mobile, de couleur naturelle, souvent traversée par de fortes veines. Des mouvements violents et des efforts en augmentaient le volume. Le fongus avait alors, depuis l'angle de la bouche jusqu'au pavillon de l'oreille, 12 1/4 pouces, et 15 3/4 pouces depuis le sommet de la tête jusqu'à l'angle de la mâchoire inférieure. A chaque changement de temps le malade ressentait des douleurs pongitives et déchirantes dans la tumeur; en se frottant il y produisait une hémorrhagie parenchymateuse plus ou moins forte.

M. Pauli, dont on connait l'érudition, se livre à une savante discussion pour prouver que la maladie est un fongus hématode, et non un fongus médullaire; il a employé durant quelque temps la compression, mais elle était trop douloureuse. M. Chélius a prescrit sans succès l'iode à l'intérieur et à l'extérieur; il avait proposé plus tard, de concert avec M. de Walther, la ligature de la carotide, afin de pouvoir extirper l'œil; les parents n'ont pas voulu y consentir.

B. *Tumeurs enkystées.* — Un cas remarquable a été observé par M. le docteur Snabilié (*Nederlandsch Lancet*, juillet 1840); l'hydatide occupait le bord de la paupière inférieure dans la largeur de la cornée, contre laquelle elle se trouvait placée de manière à simuler un staphylôme sphérique total; l'excision a été pratiquée.

Parfois, les tumeurs enkystées renferment des poils; M. Cunier en a communiqué quelques observations à la Société de médecine de Gand. (*Ann. d'Oc.*, II.)

C. *Excroissances cornées des paupières.* — M. le chevalier d'Ammon rapporte dans son journal (vol. III) les cas suivants d'excroissances cornées des paupières :

Obs. I. — Un homme portait à la paupière supérieure du côté droit, à quelques lignes du bord ciliaire, une excroissance cornée de trois lignes de diamètre, qui avait augmenté peu à peu et s'était contournée en bas. Cette corne fut enlevée avec les ciseaux en pénétrant profondément dans la peau saine ; la plaie saigna considérablement et longtemps. L'hémorrhagie arrêtée, la solution de continuité fut cautérisée avec la pierre infernale; la guérison fut complète au bout de douze jours, et deux années après il n'y avait pas encore récidive La loupe montra que cette production cornée ne consistait en rien autre, depuis sa racine jusqu'à son sommet, qu'en une masse homogène et était constituée de lamelles juxta-posées; à l'endroit où la corne s'implantait à la peau, existait une substance intermédiaire ressemblant à une glande sébacée épaissie.

Obs. II. — Une femme qui, depuis longtemps, n'était plus réglée, avait porté dans plusieurs endroits du corps des verrues dont elle avait eté débarrassée par des évacuants (abführmitteln); une semblable verrue qui existait à la paupière supérieure gauche était devenue peu à peu pointue et avait formé une excroissance cornée haute de quatre lignes ; la malade n'en souffrait pas ; mais elle y ressentait des démangeaisons et le grattement occasionnait de petites hémorrhagies. La tumeur fut enlevée avec les ciseaux, des purgatifs furent administrés et il n'y eut pas de reproduction du mal.

D. *Trichiasis.* — On lit dans les Annales d'Oculistique (vol. III, p. 93; *Encyc.*, 4e s., vol. I) les ré-

flexions de M. Bourjot sur les différentes manières d'opérer le trichiasis. Cet oculiste est revenu sur cette question dans une séance de la Société médicale d'émulation de Paris; il regarde toujours le procédé de Jaeger comme le seul bon en pratique. C'est celui qu'emploie M. Cunier : il consiste, comme on sait, à inciser horizontalement la peau près du bord libre de la paupière, à découvrir les bulbes et à les exciser. M. Bourjot appelle l'attention sur la promptitude avec laquelle des cils surnuméraires se developpent à la face interne de la paupière et les difficultés qu'on éprouve quelquefois à découvrir les cils deplacés. La clinique de M. Cunier a offert plusieurs faits confirmatifs de cette assertion.

Une observation communiquée à la *Nederlandsch Lancet*, août 1840, montre avec quel soin il faut procéder à l'examen des yeux malades. Un malheureux cordonnier souffrait depuis plusieurs mois d'une ophthalmie des plus douloureuses, avec photophobie et écoulement abondant de larmes. On s'était en vain escrimé contre le mal, lorsque les soins de M. le docteur Snabilié, chirurgien-major à Breda, furent réclamés. Un seul cil dévié était la cause de tout le désordre, qu'un examen attentif des premiers médecins eût immédiatement fait cesser par l'arrachement qu'en pratiqua M. Snabilié.

E. *Ectropion*. La méthode opératoire de M. Dieffenbach (1) n'était guère connue en France et en Belgique, que par les quelques lignes qu'y consa-

---

(1) Rust's Magasin für die gesammte Heilkunde, Bd. XXX, seite 438; Jahrgang 1830.

craient MM. Carron Du Villards et Stœber. Dans un mémoire soumis à la Société de médecine de Gand (1), M. Cunier en donne la description ; il entre à ce sujet dans de longues considérations sur les autres procédés, afin de mieux faire ressortir l'originalité de celui du chirurgien berlinois et de faire convenablement apprécier les cas dans lesquels il est applicable.

Il faut se munir pour cette opération d'un petit bistouri effilé, droit, et à un seul tranchant, d'un scalpel à double tranchant et courbé sur le plat, d'un crochet et de quelques épingles à insectes.

Une incision en forme de croissant est pratiquée parallèlement au bord de l'orbite, et à quelques lignes de ce bord, en dirigeant la lame de gauche à droite ; ainsi, lorsqu'on opère sur l'œil droit, l'incision commenee au-dessous du canthe externe, du côté gauche, au-dessous de l'angle interne. Cette incision doit occuper les deux tiers et le milieu de la largeur de la paupière ; arrivé au tissu cellulaire, on détache le lambeau du cartilage tarse, puis on fait pénétrer l'instrument le long du bord orbitaire de ce cartilage, jusqu'à ce que sa pointe paraisse entre la conjonctive palpébrale et le globe ; la plaie de la conjonctive est alors agrandie à l'égal de celle de la peau palpébrale (2). Dès lors, le crochet est introduit par l'ouverture extérieure (3), la conjonctive et le tarse sont amenés au dehors ; puis on réunit au moyen de la suture entortillée (4). On a ainsi

---

(1) Fragments de médecine, de chirurgie et d'ophthalmologie.

(2) Voyez figure 1, empruntée à M. Dieffenbach.

(3) Voyez fig. 2.

(4) Voyez fig. 3.

trois bords à réunir : en haut et en bas, les lèvres de la plaie palpébrale extérieure, au milieu, la conjonctive, et enfin le tarse. On peut se borner à réunir la conjonctive et le tarse avec le bord inférieur de la plaie. La première épingle est placée au milieu ; de cette façon les autres sont mises avec plus de facilité. Les épingles sont immédiatement ployées, puis coupées à ras du fil entortillé. Avant d'appliquer la suture, il faut avoir soin de dépouiller de sa surface muqueuse la partie qui doit contracter des adhérences avec les lèvres de la plaie.

M. Dieffenbach dit que l'on doit procéder de la même manière, lorsque l'ectropion siége à la paupière supérieure ; le professeur de Berlin n'a sans doute point songé à la présence de l'élévateur de la paupière supérieure, présence qui réclame une modification importante dans la conduite qu'il conseille de tenir.

Ce procédé n'a été que fort rarement mis en usage en Allemagne ; il est tout à fait inusité en France, où M. Cunier l'a vu employer sans succès, en 1837, par M. Serre, de Montpellier, dans un cas d'ectropion de la paupière supérieure, malgré tout le soin qu'avait pris ce professeur pour respecter l'élévateur palpébral.

M. Cunier a eu plusieurs fois occasion de pratiquer cette opération ; nous rapporterons le cas suivant, pris parmi ceux qu'il a fait connaître. (*Ann. de la Société méd. de Gand*, vol. V.)

Obs. — M. Auguste Giroux, de Marseille, avait contracté en 1830, pendant qu'il se trouvait en Afrique, une ophthalmie purulente, qui avait été traitée par les antiphlogistiques et avait laissé un léger degré de

renversement de la paupière inférieure de l'œil droit. Le mal avait été croissant sous l'influence des moyens topiques et de l'excision qui avaient été employés, et lorsque M. Cunier le vit à Montpellier, en 1837, le cartilage était déformé, bosselé, avait de la tendance à se retourner sur lui-même. On avait déclaré sa maladie incurable, et il en était au désespoir. M. Cunier jugea que cet ectropion pouvait être efficacement combattu par le procédé de M. Dieffenbach, et le 2 juin il l'opéra. Une incision en forme de croissant, AB, fut pratiquée à deux lignes du bord de l'orbite (*voyez fig.* 1); elle fut prolongée, vers le canthe, d'un peu plus que ne le recommande M. Dieffenbach; M. Cunier détacha soigneusement la peau jusqu'au tarse en son bord orbitaire; il pénétra alors entre la conjonctive et le bulbe et y produisit l'incision CD. Ce temps de l'opération achevé, le crochet fut introduit (*voyez fig.* 2), et fixé dans la conjonctive et le cartilage tarse, qui fut amené au dehors; la muqueuse fut disséquée dans la partie à comprendre dans la suture, et celle-ci fut pratiquée, comme on le voit en *a b* (*fig.* 3).

M. Cunier fit prendre immédiatement au malade, comme il en a l'habitude après chaque opération, une potion opiacée; il ordonna des applications froides et le repos absolu.

Le 3, le pouls s'était relevé vers dix heures du soir, et une saignée de douze onces fut pratiquée. Il n'y avait presque point de tuméfaction, aucune rougeur de la face.

Le 4, la tuméfaction était un peu plus prononcée, la face brûlante; il y avait de la suppuration. M. Cunier prescrivit un demi-gros d'extrait de saturne par livre d'eau et dix grains de calomel à l'intérieur, comme purgatif.

Le 5, amélioration; la rougeur de la figure a disparu.

Les épingles sont retirées en *c* et *g*; le 6, M. Cunier les retire en *d* et *g*, et enfin le 8 en *e* et *f*. La suppuration fut très-peu abondante. On fut obligé de toucher, le 10, la surface en suppuration *a b* avec la pierre infernale; elle avait été pansée depuis le 6 avec un plumasseau de charpie enduit de cérat.

Le 13, la cicatrisation était achevée, et le 15, le malade put sortir. La guérison était complète le 21 (1).

M. Cunier trouve que le procédé de M. Dieffenbach est applicable dans tous les cas où l'on conseille de recourir au procédé d'Adams (*Practical obs. on ectropium.* London, 1812); on détermine un rétrécissement certain du cul-de-sac de la conjonctive, et on oppose ainsi une résistance sûre à l'éversion lorsque les ligaments palpébraux, fortement distendus, ont occasionné un véritable allongement du bord palpébral, ou lorsque le tarse, par suite de sa position vicieuse, a subi un changement de forme. « En enlevant un lambeau en forme « de V, dit M. Cunier, il arrive plus fréquemment « qu'on ne l'avoue que la réunion ne se fait pas « complétement, et il reste alors un colobome qui « est pis que le mal que l'on a voulu détruire. »

Nous renvoyons au sujet de l'ectropion spasmodique, et de sa guérison par la myotomie sous-cutanée à ce qu'en a dit M. Cunier, qui l'a imaginée et le premier mise en pratique. (*Ann. d'Oculist.*, V, p. 264).

---

(1) La cornée qui avait tout à fait perdu sa transparence, est redevenue claire en quelques endroits; en janvier 1838, il ne restait plus qu'une seule tache à la partie latérale externe.

D'après M. Cunier, dans les cas d'ectropion où il y a cicatrice avec perte de substance de la paupière, la blépharoplastie, opérée par la méthode du déplacement, offre, dans la grande majorité des cas, d'immenses avantages sur les autres procédés connus, tels que, par exemple, ceux de MM. Juengken (1), Fricke (2), d'Ammon (3), Dieffenbach (4), Graefe (5), Dzondi (6), etc. M. Cunier rapporte l'observation suivante pour donner une idée de ce procédé. (*Ann. de la Société de médecine de Gand.*)

Obs. — Ectropion datant de cinq années. — Ulcération et destruction presque complète de la partie externe de la paupière inférieure. — Adhérence du bord palpébral à la peau de la joue au-dessus de la pommette. — Blépharoplastie. — Guérison.

Mme Van Cam...., de Bruxelles, âgée de cinquante et un ans, portait, depuis l'âge de quarante-six ans, un ectropion de l'œil gauche entretenu par une ulcération qui avait détruit la partie externe de la paupière inférieure dans toute son épaisseur, s'étendait à la joue, et avait déterminé l'adhérence du bord libre de la paupière avec la peau en rapport avec l'os de la pommette (*voyez fig.* 4).

---

(1) Die Lehre von den Augenoperationen, Seite 267. Vorrede s. IX.

(2) Die Bildung neuer Augenlider, Blepharoplastik. Hamburg 1829.

(3) V. Ammon's Zeitschrift für die Ophthalmologie, Bd. IV, s. 428.

(4) Staub, Dissertatio inauguralis de Blepharoplastice. Berolini, 1835 — Casper's Wochenschrift für die gesammte Heilkunde, no 1, 1833.

(5) Rhinoplastik, seite 5.

(6) Geschichte des klinischen Instituts zu Halle, s. 137.

Cet état était survenu à la suite d'une ophthalmie qui s'était déclarée lors de l'époque de la ménopause et dont elle avait été traitée par maître Lubin, de pommadeuse mémoire. Depuis que l'ectropion était survenu, elle avait consulté plusieurs médecins de la capitale et aussi un oculiste ambulant, M. Burguet ; tous avaient conseillé de recourir à la cautérisation, et le fer rouge avait encore été appliqué dix jours avant la première visite de M. Cunier. A-t-on cru avoir affaire à un cancer? M. Cunier l'ignore, mais rien n'indiquait qu'il y eût là dégénérescence cancéreuse; une blépharite impétigineuse était tout simplement venue compliquer une blépharite glandulaire survenue à la suite d'une affection aiguë de la conjonctive, et des soins mal entendus avaient déterminé une ulcération qui avait continué ses progrès, parce qu'aucun moyen convenable n'y avait été opposé.

Une incision comprenant toute l'épaisseur de la paupière, partant du pli oculo-palpébral en *a*, fut conduite jusqu'au haut de l'os de la pommette en *c*; une seconde incision, partant de la commissure externe *b*, rejoignit la première en *c*; M. Cunier produisit une perte de substance triangulaire *abc*. Dès lors, il releva la paupière et la remit dans sa position naturelle.

Ce premier temps de l'opération achevé, il prolongea la commissure jusqu'en *d*, de la longueur d'un demi-pouce, c'est-à-dire, à une distance égalant *ab* ; la peau fut disséquée suivant *bdc*; la peau palpébrale fut alors détachée du bord libre jusqu'en *e*, à un quart de pouce du point *a'*, et le lambeau triangulaire figuré par *a'ec* fut séparé de la paupière; M. Cunier fit marcher les deux lambeaux l'un vers l'autre, et les réunit par la suture pratiquée au moyen d'épingles. Il s'abstint de placer une épingle à la commissure externe, comme au bord libre détaché.

M. Cunier appliqua des bandelettes enduites de cérat sur les nouveaux bords palpébraux, et il fit pratiquer des affusions froides. Immédiatement après l'opération, une potion opiacée fut donnée à la malade.

Le quatrième jour, les deux épingles inférieures furent levées et le sixième les trois dernières.

L'inflammation fut peu vive, la suppuration insignifiante, grâce aux applications d'eau froide, à laquelle l'extrait de saturne avait été joint le deuxième jour.

La réunion est restée complète, et la malade ne conserve aucune gêne; elle a ressenti par intervalles des douleurs parfois atroces dans la tempe, ce qui a pu résulter de ce qu'un filet nerveux aura été incomplétement coupé.

Le procédé opératoire suivi en cette occasion par M. Cunier est le même que celui qu'il a exposé dans le *Bulletin médical Belge* du mois de mai 1837 (1) pour la restauration de la bouche. Il a pratiqué plusieurs fois la même opération depuis 1836; chez un seul malade, il a voulu recouvrir le bord libre du lambeau avec la muqueuse palpébrale, mais la dissection a été excessivement douloureuse, et il est survenu une inflammation aiguë de la conjonctive palpebro-oculaire qui a compromis pendant plus de vingt jours le succès de son entreprise. Après ce qu'il a vu, après ce qui lui est arrivé, M. Cunier regarde ce revêtissement recommandé par M. *Dieffenbach* (2) comme une espèce de tour de force qui ne profite en aucune façon au malade,

(1) Observations cliniques recueillies à la Faculté de médecine de Montpellier, Bull, méd. Belge, 1837, page 60.
(2) Ann. de la méd. physiol. 1832.

quoi qu'en dise M. Serre (1). La conduite tenue par M. Cunier, dans l'observation ci-dessus, paraît, en effet, préférable : en disséquant la peau palpébrale, on peut fixer la muqueuse et le cartilage dans les points de suture, et le bord palpébral qu'on a laissé sain tapisse presque tout le haut de l'espace enlevé et remplacé par la peau empruntée à la paupière et à la tempe. Et puis, l'on ne disséquerait point la peau palpébrale, que dans les cas analogues à celui qui vient d'être décrit, il n'y aurait aucun inconvénient.

M. le docteur Jules Ansiaux, de Liége, a fait une habile et heureuse application du procédé de Dieffenbach pour la restauration des paupières ; l'observation qu'il a consignée dans les *Annales d'Oculistique* est remarquable. Un succès non moins complet a été obtenu par M. Heidenreich (*V. Ammon's Monatsschrift., sept. et oct.* 1840). M. Alessi n'a pas été moins heureux. (*Il Filiatre Sebezzio*, juillet 1841.)

M. Laborie (*Gaz. méd. de Paris*, 1840, p. 41) a donné l'histoire de plusieurs opérations d'autoplastie pratiquées par M. Jobert. « Dans les cas où, comme cela arrive fréquemment, le lambeau vient à se boursouffler, et constitue une véritable difformité, M. Jobert en coupe une partie, suivant l'épaisseur; il ébarbe, pour ainsi dire, le lambeau, et jamais il n'a vu survenir d'accidents à la suite de cette opération, qui peut être utile dans bien des circon-

(1) Compte rendu de la clinique de l'Hôtel-Dieu de Montpellier, 1838.

stances, et quelquefois, entre autres, lorsque le lambeau présente des poils que l'on ne doit pas conserver. »

M. Bérard, jeune, a présenté à l'Académie de médecine un opéré, dont l'histoire offre plusieurs particularités intéressantes sous le point de vue de la pratique.

Obs.—Le malade en question était affecté d'un ectropion de la paupière inférieure gauche : une pustule maligne qui s'était développée dans la région de la joue, au-dessous de l'orbite, avait donné lieu à la difformité. On avait pratiqué la cautérisation, et la perte de substance s'était étendue jusqu'au niveau du bord libre de la paupière inférieure dont les cils avaient été conservés; il en résulta un renversement complet de la conjonctive palpébrale ; la difformité était hideuse, et l'inflammation de l'œil continuelle. En août 1840, M. Bérard jeune tenta de rétablir la paupière. Dans ce but, il pratiqua une incision qui s'étendait de l'angle interne à l'angle externe de l'œil; elle était parallèle au bord renversé de la paupière, et à trois ou quatre millimètres de ce bord.

Le cartilage tarse fut disséqué et relevé avec la conjonctive, de telle sorte que la paupière inférieure reprit sa position normale ; par suite de cette dissection, il s'établit un intervalle assez grand entre les bords supérieur et inférieur de la plaie, qui prit une forme elliptique. Pour s'opposer au renversement ultérieur de la paupière et fournir à cette partie la peau dont elle était privée, le chirurgien tailla un lambeau de peau à la région temporale ; la base du lambeau tenant par un pédicule vers la pommette, ce lambeau fut conduit entre les lèvres de la première plaie, et maintenu seulement par des pièces de

pansement; la réunion par première intention fut parfaite. Pour s'opposer à la rétraction du lambeau, M. Bérard a eu soin d'exercer à la surface une compression prolongée pendant plusieurs semaines après la cicatrisation, et cela au moyen de lamelles de diachylon superposées.

Quatre mois après l'opération, la guérison s'était maintenue sans que le lambeau se fût ratatiné; la paupière était droite, semblable à celle du côté opposé, et n'en différait que par une ligne de cicatrice qui indiquait le contour du lambeau et qui ne présentait d'inégalité qu'à la partie externe de la lèvre inférieure, là où il a fallu tordre le pédicule du lambeau.

On peut déduire de ce fait les conséquences suivantes :

1° De même que M. Blandin l'a déjà établi, on peut s'abstenir de suture dans quelques opérations d'autoplastie;

2° Le recoquillement du lambeau n'est pas à redouter comme on l'a souvent annoncé;

3° De simples pansements appropriés suffisent pour prévenir cet accident.

F. *Entropion.* — M. Cunier a exposé dans son journal (IV, p. 82) le procédé par lequel il combat l'inversion palpébrale. Il a eu recours, dans l'entropion spasmodique, à la section sous-cutanée de l'orbiculaire palpébral; sa conduite a été imitée par M. Pétrequin (*Ann. d'Oc.*, V, p. 44 et 264).

G. *Chute de la paupière supérieure.* — Le docteur Alessi (*Il Filiatre Sebezzio*, 1841) raconte que se trouvant en Sicile, province de Messine, commune de Condro, un nommé Dominique Majolino se présenta à sa consultation pour une blépharite

glandulaire chronique du côté droit. Après avoir donné les conseils que réclamait son état, il s'aperçut que l'œil gauche était affecté d'un ptosis incomplet, tel que la paupière supérieure relâchée cachait environ le tiers de la pupille. L'abaissement était plus marqué vers l'angle externe que vers l'interne, et lorsque le malade voulait regarder de l'œil gauche, il était obligé de renverser la tête sur l'épaule droite. Interrogé sur la manière cet affaiblissement était survenu, il répond c'était une incommodité héréditaire dans sa f[amille]
et que son père et son fils en étaient attein[ts]
une singularité bizarre, les homm[es]
sentaient, et, ce qui est plus éto[nnant]
difformité change de côté à cha[que]
Ainsi, le père du malade avait la [...]
côté droit; chez lui-même elle [...]
gauche; son fils la présentait à dr[oite]
fils à gauche. Son père était mort [...]
visita avec soin son fils, âgé de 32 [...]
fils, âgé de 4 ans, et il s'assur[a]
offrait les mêmes particularités qu[e]
que Majolino.

Cette circonstance d'hérédité s[...]
jugée fort intéressante; mais la [...]
mal ne le paraîtra peut-être pas [...]
ne le rapporte ni à l'atonie du mus[cle]
à la paralysie de la troisième pair[e]
meur intra-orbitaire, etc. D'après [...]
qu'il a été à même de faire sur [...]
cette famill[e] [...] pouvoir attri[buer]
la paupièr[e] [...]ement de
lière, apla[...] [...]ominen[ce]
interne, et [...]sensibl[e]
tempe. Par [...]plai[...]

dans le point où il y a, à l'état normal, une saillie, la peau de la paupière, quoiqu'elle n'ait que ses dimensions naturelles, offre néanmoins un excès de longueur, ou plutôt descend trop bas pour pouvoir exécuter ses fonctions d'une manière régulière. C'est donc là une nouvelle cause de ptosis, et M. Alessi propose d'y remédier en enlevant un lambeau elliptique, et en réunissant son bord supérieur avec l'inférieur à l'aide de la suture. (1) Aucun des individus de la famille Majolino n'a voulu se soumettre à l'opération, parce que l'habitude leur a rendu supportables les inconvénients de cette difformité.

Nous trouvons dans la *Revue des Spécialités* l'observation d'un ptosis palpébral double, affection excessivement rare.

Obs. — [illegible] est un vieux marin, âgé de 74 ans, dont [illegible]ent si complétement couverts depuis quatre [illegible] pouvait voir que par artifice. Il y avait [illegible] strabisme divergent. Ces symptômes [illegible]ment une paralysie de la troisième [illegible] s'était développée progressivement [illegible] d'épilepsie. M. Curling ayant observé [illegible] pour relever la paupière, le

---

(1) « M. [illegible] d'un pli de la peau parallèle au [illegible]ent au-dessus, et la réunion au [illegible]gent et la suture en 8. La plaie [illegible]tention, et la paupière se trouvera [illegible] pourrait-elle ensuite s'abaisser [illegible] demande que nous nous faisons. [illegible] *médical*, n° 25.)

patient mettait en jeu avec succès le muscle occipito-frontal, conçut l'espoir, en plaçant les paupières sous la dépendance de ce muscle, de substituer son action à celle des organes paralysés. Pour cela il comprit dans une large excision les téguments superflus de la paupière et des sourcils. La plaie, réunie par deux points de suture, guérit en huit jours sans ectropion ni difformité. Le succès répondit tout à fait à son attente; le malade pouvait relever la paupière à volonté.

L'opération n'a été faite que d'un seul côté, celui où la vision a paru plus parfaite. « On n'a pas cru devoir la répéter sur l'autre, à cause du trouble de la vue qu'aurait occasionné la divergence des globes oculaires. » La strabotomie, à laquelle on aurait pu songer, était contre-indiquée par l'état de paralysie de presque tous les muscles.

M. Holtouse (*London med. Gazette*, 1841) regarde la chute de la paupière supérieure, dans la paralysie de la troisième paire, comme une circonstance heureuse qui préserve la rétine de l'impression de la lumière. — M. Cunier est d'un tout autre avis; lorsque la paralysie est ancienne, il raccourcit la peau par son procédé pour l'entropion (Ann. d'Oculistique, IV, p. 82). Il a toujours vu cette pratique exercer une heureuse influence sur la mydriase, ainsi que sur les muscles privés de mouvement. Sa première application de cette méthode date du mois de septembre 1840, et est donc antérieure à celle de M. Curling.

Dans deux cas de ptosis sans paralysie des muscles moteurs de l'œil, M. Radcliffe Hall a enlevé un lambeau elliptique de la paupière (*Lond. med. Gazette*), moyen donné comme nouveau, bien que mis en usage par Paul d'Egine et Albucasis;

M. Radcliffe Hall n'a obtenu qu'un succès incomplet.

M. Guépin (*Gaz. méd. de Montpellier*, 1841) a eu recours, dans cinq cas analogues, au moyen suivant: Il a fait un pli à la peau, et au lieu de l'enlever, il a passé à sa partie inférieure un fil en platine au moyen d'une aiguille courbe, et il en a tordu les extrémités. Ainsi que l'a fait observer M. Bulckens (*Ann. de la Soc. des Sciences méd. et nat. de Malines*, 1841), ce procédé n'est qu'une modification de ceux de M. Stiévenart et de M. Cunier.

H. *Blessures de la région sourcilière.*—M. C. Canstatt a établi, par des recherches historiques et nécroscopiques (*An. d'Oc.*, I, p. 273), que la cécité qui survient à la suite des blessures de la région sourcillière, doit presque toujours être rapportée à une autre cause que la lésion du nerf frontal. M. de Walther est revenu tout récemment sur cette question (*Journal der Chirurgie und Augenheilkunde*, 1841); il a vu de nombreuses blessures au-dessus de l'orbite, dans lesquelles il a pu se convaincre que le nerf frontal avait été divisé sans que pour cela une amaurose se fût manifestée, et d'un autre côté, lorsque celle-ci a eu lieu à la suite d'une blessure au front, on pouvait très-bien, comme dans les cas rapportés par M. Canstatt, l'attribuer à quelque dérangement des organes renfermés dans l'orbite ou dans le crâne; puis M. de Walther rappelle les expériences des uns qui ont coupé le nerf frontal sur les animaux sans occasionner l'amaurose, et des autres qui ont divisé ce même nerf chez l'homme pour remédier au tic douloureux, sans avoir altéré la vue.

M. de Walther cherche à prouver par une longue suite de considérations anatomiques et physiologiques, que le nerf frontal n'a pas de communication

directe avec le nerf optique et la rétine, qu'il n'a même qu'un rapport très-indirect avec le système nerveux ciliaire moyennant le nerf nasal, et que les impressions transmises au nerf frontal peuvent tout au plus arriver à l'œil par l'intermède du cerveau ou de la moelle allongée ; il n'y a donc point de continuité directe, mais seulement réfléchie. Les mêmes considérations pourraient être appliquées à tout autre nerf ; aussi n'a-t-on pas manqué de citer des faits de lésions de nerfs sous-orbitaires suivies d'amaurose ; ce qui n'est pas plus fondé suivant M. de Walther. Celui-ci convient pourtant que des blessures au front peuvent avec le temps entraîner l'amaurose par l'effet d'une inflammation qui se propage de proche en proche jusqu'au nerf optique et à la rétine à l'aide de la continuité des tissus.

La nutrition de l'œil est pervertie par les lésions des filets nerveux ganglionnaires qui se rendent à cet organe ; c'est ainsi que les maladies au cou et les opérations qu'on pratique à cette région, tant sur les animaux que sur les hommes, produisent des ophthalmies ou des atrophies extrêmement graves ; à cette occasion M. de Walther cite une observation très-curieuse d'une ligature d'artère carotide primitive pour cause d'anévrisme ; l'opérée guérit, mais elle eut un chémosis suivi d'atrophie avec abolition presque complète de la vision. Si donc, dit l'auteur, les lésions du nerf grand symphatique ont une si grande importance sur la vision, pourquoi celle d'une portion du trijumeau, qui a des liaisons tout aussi étroites avec l'œil, n'influencerait-elle pas aussi la vision ? Ici M. de Walther semble revenir sur la proposition qu'il a combattue plus haut, mais il faut bien remarquer qu'il fait une grande différence entre les suites immédiates de la blessure du nerf frontal et

les effets produits par une inflammation consécutive, provoquée par cette blessure elle-même ; c'est ainsi qu'il se rend compte de toutes les observations de cécité après une blessure du front qui ont été rapportées par les auteurs depuis Hippocrate jusqu'à nos jours.

La *Gazette médicale de Paris* ajoute à l'analyse du mémoire de M. de Walther une observation communiquée par le docteur Deyber d'une cécité survenue à la suite d'une légère blessure du front, sans qu'il y ait eu commotion ni dans l'œil ni dans le cerveau. Cette cécité était due à une cataracte et non à une amaurose ; il y avait donc eu ici altération de la nutrition de l'œil.

§ IV. Maladies du globe de l'oeil.

Fréquence des ophthalmies internes aux âges extrêmes de la vie. — A l'occasion d'une communication de M. Bourjot Saint-Hilaire, à la Société médicale d'émulation de Paris, séance du 4 mars 1841, une discussion s'est engagée entre ce médecin, M. Caffe et M. Rognetta, sur la fréquence des ophthalmies internes aux âges extrêmes de la vie, et sur la possibilité de guérir la cataracte sans opération (1).

M. Bourjot avait établi sur un certain nombre de faits disposés dans un ordre statistique, qu'à compter de la naissance jusqu'à la quarantième année de la vie, les ophthalmies externes prédominaient, et

(1) Le compte-rendu de la séance n'apprend pas ce qui a été dit à ce sujet par ces messieurs.

p. 157), une affection excessivement rare; nous n'avons guère eu l'occasion de l'observer nous-même : » M. Cunier n'a rencontré qu'une seule fois la rétine aiguë simple; en voici l'observation telle qu'il l'a communiquée à la Société de médecine de Gand. (V. *Annales* de cette Soc, VI.)

Obs. — Le nommé Stroobants, fusilier à la 3me compagnie du 2me bataillon du 6me régiment d'infanterie, d'un témpérament sanguin, se trouvant à l'exercice en bonnet police, et à l'ardeur d'un soleil de juillet, en face duquel il se trouvait placé, fut renversé tout-à-coup et s'enfuit en criant vers sa tente, où il alla se placer dans le coin le plus obscur. Comme c'était un paresseux qui cherchait à se soustraire au service, le sergent-instructeur crut qu'il lui jouait un nouveau tour, et il le mit à la garde du camp. Mais il ne discontinuait pas ses hurlements; il cherchait l'endroit le plus obscur de la tente qui servait de prison, et il poussait des cris épouvantables lorsqu'on voulait lui arracher les mains avec lesquelles il se cachait les yeux. M. le docteur Wattieu ayant été appelé, envoya immédiatement cet homme à l'hôpital du camp de Beverloo, où il fut placé dans le service de M. Cunier. 1er juillet 1838. Le malade occupe l'endroit le plus obscur de la salle ophthalmique. Il est couché sur le ventre, la tête entre les deux mains; il pousse de profonds gémissements; le pouls est plein, accéléré, la tête brûlante. M. Cunier veut écarter les paupières, mais leur spasme est tellement violent qu'il ne peut y parvenir; une fois il réussit à écarter un peu les paupières de l'œil gauche; le malade se rejette vivement en arrière, et un flux abondant de larmes vient inonder la joue de ce côté; bientôt pareil flux s'établit à droite. — Saignée de ℥XX, onguent mercuriel

belladoné en frictions; pédiluve sinapisé; entretenir l'obscurité de la chambre.—A la visite du soir, il y a un peu d'amélioration. Nouveau pédiluve sinapisé.

Le 2, le malade est dans le même état que la veille. Onguent mercuriel et extrait de belladone, *drachm*. IV. à user dans la journée ; 30 grains d'émétique, divisés en six paquets, dont un sera pris toutes les deux heures, pédiluve à la moutarde.—Le soir, diminution du spasme palpébral. M. Cunier peut entr'ouvrir les paupières ; le globe n'est que fort légèrement injecté ; la pupille contractée a tout au plus la largeur d'une tête d'épingle.

Le 3, mêmes moyens que le 2. — Deux vésicatoires aux tempes.

La maladie va en s'amendant jusqu'au 6, que Stroobants se fait conduire dans la cour. La photophobie revient, et avec elle une photopsie continuelle. — 5 gr. émétique à 4 reprises, de 2 en 2 heures, six gros d'onguent napolitain et d'extrait de belladone; bain de pieds sinapisé; irriter la surface des vésicatoires.

Le 7, presque plus de photophobie, cessation de la photopsie.—M. Cunier insiste sur les révulsifs.—Le 9, la vision commence à s'exercer, la rétine devient de moins en moins impressionnable. — Le 15, guérison complète.

Voilà un exemple de rétinite aiguë simple, qui, sans le traitement énergique que lui a opposé M. Cunier, se serait propagée le long des nerfs optiques aux méninges et au cerveau, complication que M. Sichel dit être plus fréquente qu'on ne le pense, ou aurait eu au moins pour résultat de déterminer une amaurose dont il eût été difficile de triompher.

Une observation de rétinite, recueillie par M. O'Beirne (*Dublin Journal of Med. Sciences*),

mérite d'être signalée. L'historique des symptômes est conforme avec ce que les oculistes ont écrit sur cette maladie : douleur violente dans l'œil, coloration variée des objets dans les premiers jours, photopsies, etc. Mais M. O'Beirne a vu la pupille *immobile* et *très-dilatée*, tandis que tous les auteurs ont noté un resserrement de la pupille comme dans l'observation ci-dessus, d'autant plus grand que la maladie est plus aiguë.

2.) *Iritis.* — M. Heydenreich, d'Ansbach, a traité des métamorphoses des parties internes de l'œil qui sont susceptibles de revêtir la forme de l'iritis chronique. (V. *Ammon's Monatsschrift*, nº 1, 1840.) Ses remarques viennent à l'appui de celles de M. d'Ammon, p. 17, 18, 44 de sa *Dissert. de iritide*, dont M. Fallot a rendu compte dans le tome II des *Annales d'Oculistique*.

3.) *Inflammation de la membrane de Descemet.* — M. le professeur Rau, de Berne, a publié une intéressante monographie de cette affection. (V. *Ammon's Monatsschrift*, II. *Annales d'Oculistique*, III, p. 36. *Encycl.*, 4e série, vol. I, p. 179.)

B. *Ophthalmies spécifiques.*

M. Velpeau a combattu dans un long mémoire inséré dans les *Annales d'Oculistique* (vol. IV), la théorie de la spécificité des ophthalmies. Il s'est occupé depuis (ibid., V, liv. 2), *de la manière d'interpréter le langage des auteurs concernant ces ophthalmies*.

M. Ch. Canstatt (ibid. III, avril 1840) est entré dans de savantes considérations sur le caractère de la spécificité ; « ce caractère ne résulte pas unique-

ment d'un symptôme, mais bien, 1° de la spécificité des causes morbides prédisposantes; 2° de l'affinité spécifique de l'action de ces causes pour un organe ou un tissu déterminé; 3° de la réaction spécifique des fonctions conservatrices de l'économie, réaction déterminée par l'individualité de l'organisme; 4° de la spécificité du développement, de la marche et des terminaisons de la maladie; enfin 5° du mode spécifique de traitement adopté contre l'altération morbide. »

M. Furnari (*Traité prat. des maladies des yeux*, 1841, p. 123), pense qu'entre les hommes qui admettent les ophthalmies spécifiques sans restriction de nombre et de forme, et ceux qui les rejettent complétement, il existe un milieu qui se rapproche bien plus de la vérité, c'est de n'admettre comme spécifiques que les ophthalmies dont les caractères sont non-seulement bien tranchés, mais encore toujours identiques. Ces caractères, on les trouve, dit-il, dans les affections *catarrhales*, *scrofuleuses*, *syphilitiques*. — Pour les affections *goutteuse* et *rhumatismale* et leurs différentes divisions et subdivisions, M. Furnari (p. 124) ne voit là que des hypothèses que rien ne justifie. — Quant aux ophthalmies *morbilleuses*, *impétigineuses*, *varioleuses* et *scarlatineuses*, « elles ne constituent pour lui que « des formes plus ou moins développées d'une con- « jonctivite simple, sur la formation de laquelle il « a signalé des affections dermoïdes aiguës ou exan- « thématiques. (??) » Il n'y aurait, dit il, aucune différence entre une conjonctivite morbilleuse, scarlatineuse, rubéolique et varioleuse, *si, dans quelques circonstances, il ne se manifestait sur la conjonctive des pustules de variole*; et si, dans son livre, il s'occupe de cette variété en particulier,

c'est qu'elle nécessite un traitement spécial, destiné à faire avorter les pustules qui se forment sur l'œil. »

1.) *Ophthalmie catarrhale des armées.*— Une foule d'écrits ont paru dans ces dernières années sur cette affection que les médecins militaires belges ont étudiée avec un soin tout particulier.

Une notice de M. Cunier, sur les *Nouvelles Recherches pathologiques* de M. Fallot (*Ann. d'Oc.*, I, p. 44), a donné lieu à une polémique entre ce médecin et feu Eble (*ibid.*, I, 121, 168); le débat a eu pour résultat de bien fixer le sens à attacher au mot *catarrhal*. Une analyse des *Considérations pratiques* de M. Hairion a été donnée par M. Deconde (*ibid.*, I, p, 492). Un rapport de M. Caffe *au ministre de l'agriculture et du commerce en France, sur l'ophthalmie de l'armée belge*, a été soumis à l'Académie de médecine de Paris. Le rapport de M. Bouvier (Ann. d'Oc., II, 123), et l'œuvre de M. Caffe, ont été commentés par M. Loiseau (IV, p. 41) et par M. Decaisne (V, p. 105). Le médecin parisien a cru devoir réclamer contre la critique de ses deux confrères belges (IV, p. 98; VI, p. 77).

Deux monographies complètes de notre mal d'yeux ont vu le jour en Autriche; l'une est due à Eble (*Die sogenannte contagiôse oder ägyptische Augenentzündung*, Stuttgart, 8°), l'autre à M. le docteur Piringer, de Gratz. M. Fallot a publié une longue analyse de cette dernière production (*Ann. d'Oc.*, V, p. 73); il nous a aussi fait connaître une brochure de M. Jaeger, publiée par ordre du gouvernement autrichien (*ibid.*, III, p. 221).

En Hollande, MM. Kerst (voir *Ann. d'Oc.*, I, p.

498, l'analyse de M. Decondé), Snabilié (1) et Gobée (2) ont exposé le résultat de leurs recherches.

M. Giacomo Mitterer a présenté comme thèse inaugurale, à la Faculté de Pavie, une *Dissertatio de ophthalmia ægyptiaca*.

En Russie, M. Florio a publié une brochure intitulée : *Monografia Glaznoi bolezni*, qu'il a enflée depuis, et fait paraître à Paris en un volume in-8° de 320 pages : *Description historique, théorique et pratique de l'ophthalmie purulente*, dont M. Gouzée vient de donner l'analyse (Ann. d'Oc., VI, liv. 3). M. Urbain nous avait déjà parlé de ce livre (*Ibid.*, VI, p. 50).

M. le docteur Werneck, médecin militaire de première classe à Salzbourg, a adressé à M. Cunier une lettre sur les discussions auxquelles a donné lieu l'épidémie ophthalmique de Klagenfurth; un extrait, reproduit dans cette lettre, d'un travail écrit en 1824 par le savant ophthalmologue autrichien, a été communiqué par M. Cunier à la Société de médecine de Gand, qui en a ordonné l'impression dans ses *Annales* (vol. V, p. 329). Voici le rapport fait par M. Dumont (*Bulletin*, V, p. 126) sur cette communication :

« Parmi les nombreux mémoires dont l'examen a

---

(1) *Bydragen tot de kennis der heerschende oogziekte in het Nederlandsch leger.* Breda, 1840.

(2) *Klinische Bijdragen tot de Theorie en Praktijk der Genees-en Heelkunde.* — La partie de ce livre qui a trait à l'ophthalmie militaire a aussi été publiée en allemand par M. Gobée, sous le titre de : *Die sogenannte aegyptisch-contagiœse Augenentzündung, mit besonderer Hinweisung auf ein neues Curverfahren.* Leipsig, 1841.

été confié à votre commission sur l'ophthalmie militaire, il en est peu d'aussi intéressants que celui que vient de vous présenter M. le docteur Werneck, de Salzbourg. Sous le titre modeste de *Considérations détachées sur l'ophthalmie contagieuse*, l'auteur examine à fond tout ce qui a été dit sur la grande question de l'origine de cette maladie; il met en parallèle les arguments de ceux qui veulent la faire dériver de l'expédition d'Egypte par les armées française et anglaise, et ceux que leur opposent les partisans des causes générales communes à tous les climats. De cet examen comparatif résulte pour le docteur Werneck la conviction que cette ophthalmie n'est pas une affection catarrhale revêtant un caractère malin sous l'influence des causes spéciales dans lesquelles se trouvent placées les armées, mais bien une maladie particulière, essentiellement différente de toute autre espèce d'ophthalmie, et dont la filiation peut toujours être rattachée à ces terribles épidémies qui ravagèrent de tous temps le sol de la féconde Egypte.

« Avant d'arriver à cette conclusion, l'auteur examine succcessivement sept points différents. Sur la question de savoir si l'ophthalmie militaire était connue en Europe avant l'expédition des armées dans l'Orient, il prouve, par l'examen de toutes les épidémies d'ophthalmies décrites par les anciens et les modernes, depuis Hippocrate, Julien, Xénophon, etc., jusqu'à nos jours, que rien ne démontre la similitude de ces affections avec celles dont nous voyons encore journellement les ravages s'exercer sur la vue de nos soldats.

« Pour M. le docteur Werneck l'ophthalmie militaire ne peut résulter de l'action de causes générales, mais bien d'un *contagium* particulier, au-

quel il rapporte la symptomatologie toute spéciale de l'ophthalmie égyptienne ; et c'est ainsi, dit-il, que des armées ont été exposées pendant des mois entiers à l'action de causes catarrhales sans qu'il en soit résulté pour elles la moindre épidémie d'ophthalmie; tandis que, bien nourries, chaudement vêtues et transportées sous le ciel brûlant de l'Egypte, elles en ont presque toujours été atteintes.

« Dans le troisième paragraphe, il examine, sur les pas de Rust, le diagnostic différentiel de l'ophthalmie catarrhale et de l'ophthalmie égyptienne, et fait voir que tant sous le rapport des causes et du développement, que sous celui des symptômes propres, les deux maladies sont essentiellement différentes, et que, si la véritable nature de l'ophthalmie égyptienne est restée si longtemps inconnue chez les Anglais et chez les Français, qui cependant en ont été les premiers atteints, c'est que les médecins de ces deux nations faisaient généralement peu attention à l'état des paupières, véritable terrain où l'ophthalmie égyptienne germe et développe successivement tous ses effets.

« Enfin, le docteur Werneck s'est assuré par l'expérience (l'inoculation) que l'ophthalmie égyptienne est contagieuse à toutes les périodes où il existe une sécrétion, contrairement à ce qui a lieu pour d'autres ophthalmies, qui ne peuvent jamais devenir contagieuses que momentanément et seulement pendant la plus haute période de développement du mal. »

L'histoire de l'affection a été pour M. Decondé le sujet de profondes recherches (*Ann. d'Oc.*, IV, p. 185, V, p. 141); la similitude entre notre ophthalmie et celle d'Egypte a aussi attiré son attention (*Mémoires du Cercle médico-chirurgical de*

Bruxelles. Bull. méd. belge, 1841). Notre laborieux confrère a aussi soumis à la Société de médecine d'Anvers deux mémoires sur différentes questions qui se rattachent à la blennophthalmie militaire.

Dans le premier de ces mémoires (*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers* 1840, p. 314) il a rassemblé un grand nombre de faits concluants pour la contagion, qui forment le complément des *Expériences* qu'il a publiées dans les *Annales d'Oculistique* (I, p. 393); il a cherché en même temps à spécifier le caractère pathognomonique de la maladie. Ses recherches ont surtout porté sur les qualités des différents mucus virulents, et sur l'altération qu'ils subissent sous l'influence de l'action de diverses substances chimiques.

Ses investigations lui ont appris que le fluide de la gonorrhée est toujours neutre, qu'il soit abondant ou rare, n'importe sa couleur et l'époque à laquelle il est recueilli et l'intensité de l'irritation urétrale; après l'administration du copahu à l'intérieur ou après les injections urétrales astringentes ou irritantes, le liquide est également demeuré neutre; mais il perdait son caractère contagieux sur les yeux immédiatement après cette dernière opération. Quelle que soit l'ancienneté de la maladie, le liquide est toujours contagieux si des injections très-irritantes n'ont été mises en usage.

Le mucus vaginal, quelles que fussent ses qualités physiques, s'est habituellement montré neutre aux réactifs. Cependant, chez une fille publique dont la membrane vaginale, violemment enflammée, fournissait un écoulement opaque, blanc laiteux, celui-ci était acide, et la même acidité a été observée dans un cas de leucorrhée chez une femme enceinte, qui,

pendant ses grossesses, avait habituellement un flux assez irritant pour excorier le pénis de son mari.

La matière ophthalmique venant d'ophthalmies purulentes aiguës qui avaient eu une terminaison fatale n'a eu aucune action sur le papier de tournesol ; du mucus purulent ophthalmique recueilli le 5 juin 1838, et qui était acide, l'était encore le 18 octobre 1839; le fluide de granulations inflammatoires recueilli le 15 juillet 1838, était acide et rougissait encore le papier de tournesol le 18 octobre 1839; du fluide de granulations vésiculeuses non-accompagnées d'engorgement des conjonctives palpébrales ni de sécrétion muqueuse, n'avait aucune action sur le papier de tournesol.

Ces divers fluides, mêlés à une solution de sulfate de cuivre, ne se sont nullement altérés; seulement ils sont devenus bleuâtres.—Une solution de chlorure de chaux enlève leur acidité, lorsqu'ils en jouissent. Le mucus perd sa viscosité et se coagule en grumeaux ; ce mélange est insoluble dans l'eau; par une forte agitation, on le divise plutôt qu'on ne le dissout. — Si on les mêle à l'ammoniaque pur, les fluides deviennent visqueux, filants, demi-transparents. Le mélange est insoluble dans l'eau et adhère fortement aux doigts; — dans une solution de sublimé, une partie se coagule, le reste se dissout, — l'acide acétique dissout les mucus et les transforme en un fluide lympide et transparent, nullement visqueux; — l'acide sulfurique dissout le mucus et le transforme en une matière visqueuse et transparente.

La couleur et l'abondance de la matière sécrétée, sa nature acide, neutre ou alcaline, l'état plus ou moins phlogistique de la membrane sécrétante n'ont eu aucune influence sur la virulence. Le mucus vi-

rulent, desséché et conservé sur un verre ou dans des morceaux de drap, possède encore cette faculté après plusieurs années. M. Decondé rapporte deux expériences à l'appui de cette assertion ; l'une a été faite le 9 octobre 1839 avec du mucus recueilli sur un soldat atteint d'ophthalmie purulente, le 1er juillet 1838; l'autre le 24 octobre 1839 avec du fluide de granulations inflammatoires, recueilli le 15 juillet 1838.

« Si le principe virulent n'est pas essentiellement volatil, dit M. Decondé, il jouit cependant de la faculté de se volatiliser; c'est ce que prouvent les faits de contagion par la voie de l'atmosphère, mode de propagation considéré comme le plus général par Eble et quelques Allemands et Anglais, M. Gouzée, et aussi par M. Cunier et par moi. »

M. Decondé déduit de ses recherches sur le mucus les conséquences suivantes : 1° il faut guérir le plus promptement possible les gonorrhées, leur matière pouvant tôt ou tard déterminer l'ophthalmie gonorrhoïque; 2° les injections fortes de solution de nitrate d'argent changent la nature de l'écoulement urétral, qui perd immédiatement sa virulence; 3° l'écoulement gonorrhoïque étant le résultat d'une affection plus profonde, plus durable que celui déterminé par les injections, il faut insister plusieurs jours de suite sur ce traitement, car si on désiste trop tôt, l'écoulement reparaît et jouit de nouveau de tous ses caractères; 4° ces conséquences doivent être appliquées au traitement de l'ophthalmie militaire; ce traitement doit être employé avec persévérance et le mal doit être poursuivi jusques dans ses dernières traces. M. Decondé pense que c'est à l'oubli de ce précepte, au renvoi des hommes au corps avec des engorgements qu'il

faut attribuer les récidives nombreuses qui ont été signalées chez des hommes revenus des hôpitaux et même des dépôts ophthalmiques (1).

La décomposition que le mucus subit par son mélange avec une solution de chlorure de chaux a engagé M. Decondé à tenter des expériences pour savoir si cette dernière substance ne détruisait point la virulence du mucus. Il a déposé sur la conjonctive des animaux d'abord, puis sur ses propres conjonctives et sur sa muqueuse urétrale, des matières soit gonorrhoïque, soit ophthalmique, préalablement mélangées avec du chlorure de chaux liquide; en aucun cas, il n'y a eu de contagion. Il est bon de dire que, toutes les fois que chez les animaux, chiens et chats, ces matières ont été déposées avant le mélange, la contagion a été observée.

---

(1) Le mal occasionné par le renvoi de granulés non guéris dans leurs foyers, a été si loin dans ces derniers temps, que M. le ministre de la guerre a dû adresser la circulaire suivante aux généraux commandants divisionnaires, sous la date du 15 novembre 1841 :

« Quelques chefs de corps paraissent avoir interprété dans « un sens trop absolu les instructions qui leur ont été « adressées pour les réductions à opérer dans l'effectif des « troupes en solde, et ils ont renvoyé en congé des hommes « en traitement dans les salles de granulés, avant leur en- « tière guérison.—Les conséquences de cette manière d'agir « pouvant être très-graves (M. le ministre devrait dire : ayant « été très-graves), j'ai l'honneur de vous prier d'inviter les « chefs de corps de la division sous vos ordres. à ne plus « renvoyer à l'avenir, dans leurs foyers, des hommes de la « catégorie précitée, avant qu'ils aient été jugés par les « médecins militaires suffisamment rétablis, quand même, « par suite de cette mesure, l'effectif à garder sous les armes « ne pourrait pas être entièrement réduit au chiffre fixé, « ce dont, le cas échéant, il me serait rendu compte. »

De ces expériences, péremptoires et constantes dans leurs résultats, M. Decondé tire les conséquences suivantes : 1° On pourrait préserver un corps de troupes saines, mis en contact avec un corps infecté, par de simples lotions sur l'œil, répétées plusieurs fois par jour, avec une solution de chlorure de chaux. 2° Il en est de même des recrues à leur arrivée au corps. 3° Les nouveau-nés pourraient être préservés des ophthalmies par des lotions faites dans le vagin de la mère, immédiatement avant le passage de l'enfant. M. Decondé admet, ce que M. Cunier a prouvé (voir plus bas, article *Ophthalmie des nouveau-nés*) que les ophthalmies des nouveau-nés, sans être dues uniquement au contact avec l'écoulement vaginal de la mère, au moment de l'accouchement, naissent néanmoins le plus fréquemment sous l'influence de cette cause (1).

M. Decondé a aussi cherché à apprécier le rôle que peuvent jouer, d'une part, l'électricité ou le galvanisme, et, de l'autre, le passage du chaud au froid, ou un courant d'air vif et froid venant frapper le visage. S'il est d'observation que l'ophthalmie qui nous occupe s'aggrave lorsque l'atmosphère est chargée d'électricité, et lorsqu'en même temps elle est humide, il est bien difficile de placer, par des expériences, des animaux atteints de cette maladie

(1) La Gazette médicale de Paris, 1841, p. 235, prête à M. Decondé une opinion qu'il n'a pas; il n'a pas écrit qu'il croyait que l'ophthalmie dont il s'agit reconnaissait uniquement pour cause le contact du mucus vaginal sur la conjonctive du nouveau-né. « Il est de fait, dit-il, que presque toutes les ophthalmies des nouveau-nés sont dues, etc. »

dans les conditions identiques à celles d'une pareille cause. Aussi, comme pouvait le faire prévoir le raisonnement, le contact ni des deux pôles d'une pile galvanique, ni de l'un d'eux seulement, ni des décharges électriques, ni une haute dose d'électricité n'ont modifié en rien la gravité de l'ophthalmie chez des chiens. Il était peut-être aussi difficile de placer un de ces animaux, à l'aide du courant d'air d'un soufflet, dans la condition d'un homme qui reçoit ce qu'on nomme un coup d'air, et ce mode d'expérimentation n'a fourni, comme le précédent, que des résultats négatifs.

Outre la propriété virulente de la matière desséchée et exposée à l'air, M. Decondé admet encore que *le principe contagieux peut se volatiliser et se répandre dans l'atmosphère*. De ces données, il conclut que le principe virulent ophthalmique peut, pour ainsi dire, se récéler dans certains lieux, ou se communiquer par des objets qui ont servi aux malades. Sans nous arrêter aux théories par lesquelles il explique ces deux espèces de contagion, et qu'il emprunte, d'ailleurs, aux théories des contagions pour d'autres maladies, il cite deux faits extrêmement détaillés, et qui sont bien probants en sa faveur : l'un est celui rapporté par le major de Boer, et déjà cité dans un autre ouvrage. (*Recherches sur les causes de l'ophthalmie qui règne dans l'armée, par Fallot et Varlet*, p. 95.) On y voit une ophthalmie intense se déclarer subitement à bord d'un navire, qui avait servi au transport de troupes venant de l'Egypte, et affectées elles-mêmes d'ophthalmié. Le major avait appris de source certaine que, depuis cette dernière circonstance, on avait été obligé de renouveler plusieurs fois l'équipage du navire, à cause des ophthalmies qu'il contractait

toujours. Quoique ce fait puisse être soumis à différentes interprétations, on ne peut s'empêcher d'avouer qu'il n'ait une grande valeur.

Le second fait est celui d'un individu porteur d'une ophthalmie de l'espèce qui nous occupe, et qui, de 1831 à 1835, changeant de lieu et de profession, répand dans tous les lieux qu'il habite successivement et communique à toutes les personnes qu'il fréquente la même maladie, propagée encore par les nouveaux infectés.

M. Decondé insiste beaucoup sur la granulation vésiculeuse (les journaux français qui ont parlé de son mémoire ont écrit *rasculaire*) comme caractère essentiel de l'ophthalmie contagieuse. C'est un point qu'a solidement établi Eble, dès 1828. Il en sera question plus loin.

Un second mémoire, faisant suite à celui que nous venons d'analyser, a été fourni par M. Decondé (*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, 1841). Il rapporte de nouveaux faits à l'appui des opinions relatées ci-dessus : il en conclut :

1° Que le fluide gonorrhoïque, quelles qu'en soient l'abondance, l'ancienneté, l'époque à laquelle il a été recueilli, a paru constamment contagieux et propre à déterminer chez les chiens l'ophthalmie purulente ;

2° Que traité par les injections au nitrate d'argent, ce liquide n'était plus contagieux sur les yeux, immédiatement après cette opération ;

3° Que la matière ne recouvrait le caractère virulent que dans les cas où les injections ayant cessé d'être faites, l'écoulement reparaissait ou persistait;

4° Que le chlorure de chaux liquide, par son mélange avec les mucus gonorrhoïque et ophthalmi-

que, avait aussi la propriété d'en neutraliser la virulence;

5° Que cette action est persistante et qu'après le dégagement du chlorure, la matière ne devient pas de nouveau virulente;

6° Que les mucus gonorrhoïque et ophthalmique peuvent impunément être déposés entre les paupières et dans l'urètre, pourvu que cette opération soit précédée ou suivie immédiatement de l'instillation du chlorure de chaux liquide.

M. Decondé a résolu positivement par l'opération suivante, la question du récel auquel le raisonnement seul conduisait. Un linge imprégné de matière purulente depuis quatorze mois a été fixé par ses bords sur l'œil d'un chien au moyen de poix navale et de manière que la pièce imprégnée ne pouvait toucher ni le globe ni les paupières; le quatrième jour, il existait de petites granulations miliaires enflammées, quoique peu prononcées, mais bien distinctes à l'œil gauche; elles étaient plus fortes, plus nombreuses et plus distinctes à l'œil droit.

Notre confrère a abordé dans un mémoire que nous trouvons dans les *Annales de la Société de médecine de Gand* (1840, p. 122-147) une autre face de la question. Il se pose d'abord cette demande : *La cautérisation de la muqueuse palpébrale au moyen du nitrate d'argent fondu, comment agit-elle?* « Lorsqu'on cautérise la conjonctive en totalité ou en partie, la surface touchée blanchit immédiatement, il y a escarrification plus ou moins profonde, selon le degré de la cautérisation, et il faut souvent plusieurs jours avant que l'escarre ne soit complétement détachée. Cette opération, lorsque la maladie est profonde et ancienne, doit être fréquemment répétée. Après les cautérisations, et aux endroits

seulement où le nitrate d'argent a porté son action, la muqueuse offre une apparence tout autre qu'auparavant; elle est alors bleuâtre, lisse, resplendissante, nacrée, parcourue par quelques gros vaisseaux bleuâtres, comme ceux qui sillonnent le tissu inodulaire. Du reste, après les cautérisations bien faites, ce tissu qui est de nouvelle formation sans être cependant du tissu inodulaire (nous ne comprenons pas bien. *Réf.*), mais une sorte de lymphe plastique qui s'est rapidement organisée en membrane (1), etc., et est devenue vasculaire; ce tissu paraît remplir parfaitement les fonctions de la membrane qu'il remplace. Dans les cas légers, et qui, pour guérir, ont été peu ou pas touchés par le caustique, cela ne s'observe pas; les granulations ne sont pas détruites, elles semblent revenues à l'état rudimentaire, microscopique, dont notre ophthalmie les avait fait sortir. Ceci se remarque encore après les cautérisations fortes sur ces parties de la muqueuse palpébrale qui n'ont pas été escarrifiées par le caustique; quoique limitrophes du tissu nouveau, ces parties offrent les caractères normaux; l'action voisine (??) du caustique leur a seulement imprimé une action nouvelle.... Il me paraît donc irrécusable que dans le premier cas il y a eu destruction du tissu par le caustique; que dans le second, cette destruction n'a pas eu lieu, qu'il n'y a eu que *action dynamique subversive*, c'est-à-dire *substitution*. »

Mais si dans le premier cas la conjonctive se

---

(1) M. Decondé pouvait s'appuyer ici des assertions de M. Cunier sur l'action chimique des caustiques. (Bull. méd. belge, 1838, 1839; Ann. d'Oc. passim.) M. Cunier a écrit ce que M. Decondé avance, et il n'est point cité par lui.

trouve remplacée par un tissu de nouvelle formation, différant physiquement du primitif, l'organisation en pourra différer aussi ; les éléments propres à la manifestation de l'ophthalmie pourront ne plus s'y trouver, et partant l'ophthalmie militaire, granuleuse et purulente, sera dans l'impossibilité de s'y développer. M. Decondé cite à l'appui de son assertion quatre expériences instituées sur des chiens. —Il donne la préférence, comme méthode thérapeutique des granulations, à la cautérisation, sur l'excision qu'il rejette complétement. Cette dernière a cependant ses indications spéciales ; pour ce qui est de la première, on est revenu considérablement de ce que l'on a avancé au sujet de ses vertus héroïques. — M. Decondé jette ensuite un coup-d'œil sur les opinions accréditées sur la nature des granulations; il répète, ce qu'il avait dit ailleurs, que la granulation *vésiculeuse* est le *signe constant du mal*, tandis que la *sarcomateuse* est le résultat de la dégénération, de l'hypertrophie des papilles.

Partant de ces règles, 1° que par les cautérisations l'on rend désormais l'ophthalmie granuleuse impossible ; 2° que le globe oculaire de l'homme ne présente jamais de granulations, mais que celles-ci bornent exclusivement leur siége aux paupières mêmes; 3° que par les injections avec le nitrate d'argent, à doses élevées, dans le canal de l'urètre des gonorrhoïques, on change la nature de cette affection ; il propose comme le meilleur traitement à instituer dans l'ophthalmie des armées la méthode ectrotique d'après la règle de M. Kerst (*Ann. d'Oculist.* I, p. 498), modifiée en ce sens qu'il conseille de ne toucher que la conjonctive palpébrale seule jusqu'au fond du repli, et de laisser intacte la conjonctive oculaire.

C.

Des recherches sur l'état des conjonctives après la guérison des granulations par la cautérisation à l'aide du nitrate d'argent, ont aussi été entreprises par M. Gouzée (*Annales de la Société de médecine de Gand*, 1840). Notre confrère rapporte le fait que nous allons faire connaître, à l'appui des deux propositions que voici : 1° La cautérisation répétée et profonde fait remplacer la muqueuse palpébrale par un tissu inodulaire, présentant une toute nouvelle organisation ; 2° ce tissu devenant un champ impropre au développement des granulations, l'ophthalmie purulente et granuleuse est désormais dans l'impossibilité de s'y établir.

Obs. — Un militaire guéri de granulations par la cautérisation, au dépôt de Namur, contracta une ophthalmie gonorrhoïque à la suite d'un écoulement urétral léger et indolent La purulence de l'œil gauche était légère ; il y avait absence de gonflement à la paupière inférieure, et peu de tuméfaction à la paupière supérieure ; au reste, pas de chémosis. La face postérieure de la paupière inférieure était restée d'un blanc nacré comme celle de l'œil sain. M. Gouzée n'explora pas la même région de la paupière supérieure, de crainte de fatiguer l'organe. Bien que cette ophthalmie se présentât sous une forme assez bénigne, des déplétions sanguines, tant générales que locales, furent largement instituées et secondées par les révulsifs internes et externes ; malgré ce traitement énergique, la cornée se ternit et présenta, dès le quatrième jour, les signes d'un ramollissement irremédiable. — Malgré toutes les précautions prises pour préserver l'œil droit, celui-ci se prit à son tour le cinquième jour. La paupière supérieure et la conjonctive scléroticale présentèrent un peu de gonflement et la paupière inférieure

resta complétement saine. Même traitement que pour l'autre œil ; un ulcère s'établit sur la cornée.

En explorant la paupière supérieure, M. Gouzée découvrit de fortes granulations rouges et aplaties sur la face postérieure de ce voile. — Ces granulations disparurent avec la purulence sous l'influence de cautérisations répétées tous les deux ou trois jours ; au bout de six semaines de traitement, il ne resta qu'un faible obscurcissement de la cornée à gauche, et un léger leucome à droite.

M. Gouzée fait remarquer l'inefficacité dans cette circonstance du traitement antiphlogistique le plus actif; il lui préfère la méthode ectrotique, dont il a retiré depuis les succès les plus marquants. (*Ann. d'Oculist.*, IV, p. 149, V, p. 193.)

Nous lisons dans un ouvrage du docteur Hancke (1), medecin de l'armée prussienne, que l'on guérit *sûrement* l'ophthalmoblennorrhée contagieuse, et les ophthalmoblennorrhées en général, ainsi que les affections que l'on observe après elles, au moyen de l'iode et de ses kalis appliqués à l'aide d'un pinceau ou administrés en collyres. Il combat « l'éréthisme lorsqu'il se montre, » et il favorise « les crises par l'intestin et la peau. » M. Hancke est l'ennemi des saignées copieuses et des drastiques. Il cite de nombreux exemples de contagion à distance et par contact. Il admet la division des ophthalmoblennorrhées en trois périodes : hydrorrhée, phlegmatorrhée, pyorrhée.

---

(1) Ueber das Wesen und die Ursachen der contagiöse Augenblennorhöe, sowie ueber Augenblennorrhöe ueberhaupt. Leipzig, 1840, 8°, pp. 80.

Les remarques de MM. Plagge et Tobler (*Ann. d'Ocul.*,III,p.191); Jacquelart, ibid., p.83); Cunier, Bull. thérap. et Bull. méd. belge, 1838); (*Ann. d'Ocul.*, I, p.227; II, p. 31, 228; IV, p. 234; V, 25); Hairion (*ib.*, II, p. 63; IV, p. 101), jointes à celles de MM. Fallot (*ib.*, I, p. 49 et 192; VI, p. 53); Wienecke (ib., I, p. 97); Gouzée (ib., I, p. 181 et 34); Lutens(I, p.199 et 337); *An. de la S. de Gand*,1838); Spangenberg (*Ann. d'Oc.* I, p. 205); Weiss (*Ib.*, I, p. 256); Fierens (ib., I, p. 259; II, p. 188); Decondé (*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, 1837); Moreau (I, p. 420); Loiseau (*Ann. de la Soc. de Gand*, 1838); Sotteau (ibid. 1839); Chizelle (ibid.); Fromont (*Bull. méd. belge*); constituent avec les travaux dont il a été question ci-dessus, et quelques articles de MM. Van Onsenoort, Ressler (Nederlandsch Lancet); Bacmeister (*Hanoversche Annalen*), la littérature de l'ophthalmie militaire pendant ces dernières années, tant sous le rapport historique que sous les rapports diagnostique, étiologique et thérapeutique.

Nous ne parlerons point du rapport mort-né de M. Van Roosbroeck sur le concours de la Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles. (*Ann.* de cette société, 1841.)

2.) *Opthalmie des nouveau-nés.* — M. Sonnenmayer a traité de cette maladie sous le rapport de l'histoire, du diagnostic, du traitement et de la police médicale. Nous devons à M. Szokalski (*Ann. d'Oc.*, IV, p. 176) la connaissance de cette belle monographie.

M. le docteur Van Onsenoort a extrait du *The retrospect. of practical Medecine and Surgery for the year* 1840, et fait connaître dans sa *Nederlansch Lancet* (octobre 1840) le fait suivant,

observé par M. Walker : « Un enfant de six ans m'est présenté. La mère rapporte qu'au moment de la naissance, les yeux offraient les mêmes phénomènes qu'au moment présent. La maladie s'était développée avant la naissance, car il n'avait existé depuis ni écoulement purulent ni inflammation, ni photophobie. D'un côté la cornée avait entièrement disparu ; l'œil était atrophié ; de l'autre côté, la cornée était opaque dans plus de la moitié de sa surface ; par sa partie demeurée transparente, on pouvait découvrir une partie de l'intérieur du globe. L'iris paraissait adhérent avec la cornée. La transparence augmenta de plus en plus, et l'état de la vue s'améliora aussi progressivement. »

Si l'on compare, dit M. Walker, cet état de l'œil de l'enfant avec les désordres qui surviennent à la suite de l'ophthalmie des nouveau-nés, on ne peut douter un instant que cette affection n'ait dans le cas présent parcouru ses périodes avant la naissance. Le médecin anglais dit avoir observé plusieurs faits qui militent en faveur de cette opinion. Mais n'est-ce pas une opacité congénitale de la cornée, qui a été rencontrée dans ces cas par M. Walker ? Cet état, comme l'a si bien démontré M. d'Ammon (Monatsschrift, III, liv. 6), n'est qu'un arrêt de développement (1).

M. Aitenberger (*Oesterreich. Med. Jahrb.*, 1841) un enfant atteint d'ophthalmie purulente aiguë communiquer son affection à la femme qui le nourrissait.

M. Réveillé-Parise tire les conséquences suivan-

---

(1) Voir Ann. d'Oc., VI, liv. 4, la Revue des travaux d'anatomie et de physiologie oculaires, par M. Fleussu.

précipité (?) « l'ophthalmie des nouveau-nés qui s'offre souvent sous la forme sub-aiguë chez les enfants dont les mères sont en proie à une dyscrasie scrofuloso-herpétique et qui souffrent de leucorrhée non-syphilitique, mais corrodante (scharfen). » Lorsque ces moyens sont demeurés sans résultat, il fait introduire entre les paupières, une fois par jour, ou de deux jours l'un, gros comme une lentille de la pommade suivante : Pr. Acétate de plomb trois grains, nitrate d'argent fondu deux grains, axonge quatre gros. M. Il prescrit en même temps des lotions souvent répétées avec sublimé gr 1/4, eau ℥j ; il donne à l'intérieur : calomel gr 1/4, rhubarbe gr 1/4—1/2 pro dosi, toutes les deux heures ; il fait placer un vésicatoire perpétuel près de l'œil malade. Si la sécrétion purulente diminue et que la maladie revienne à la période d'hydrorrhée, il substitue à l'onguent et à la solution, le collyre suivant : Pr. huile d'amandes douces ʒjS, mucilage de gg. arabique, eau de laurier cérise, de chaque ʒjjj ; laudanum de Sydenh. gut. XV. M. D. S. trois fois par jour 3 à 4 gouttes. jusqu'à guérison complète.

Le docteur Rupp (Rust's Magazin, LV, H. 3) a combattu l'affection qui nous occupe par les sangsues, les collyres de sels de zinc, les lotions avec l'eau tiède ou le thé ; il n'a ainsi que peu amélioré le mal. Il a alors mis en usage une solution de sublimé 1 grain sur 4 onces d'eau; les enfants ont pu de suite ouvrir les yeux à une lumière modérée, et aucun accident n'est survenu chez les nombreux petits êtres qu'il a soignés.

Un enfant nouveau-né était atteint d'une blépharo-blennorrhée traitée par les lotions avec une infusion de camomille, et l'attouchement avec un pinceau chargé de solution de nitrate d'argent; un intertrigo

des plis de l'aine s'était manifesté, le mal oculaire disparut immédiatement ; et se montra de nouveau après la répercussion de l'intertrigo. Guidé par l'observation de ce fait, M. Schwarz (*Medezinische Annalen*, 1841) prescrivit des onctions dans la région de l'aine avec une pommade émétisée, et l'affection disparut avec la manifestation des pustules, qui furent entretenues durant quelque temps. La guérison se maintint.

3.) *Ophthalmie scrofuleuse.* — M. le docteur V. Stœber (*Ann. d'Oc.*, V, liv. 1 et 2) a exposé son opinion sur la nature de cette affection et a fait connaître les résultats qu'il a obtenus du traitement qu'il a mis en usage dans une centaine de cas qui se sont présentés dans son service à l'hôpital des Enfants à Strasbourg. Il a depuis transcrit une partie de son mémoire, avec quelques modifications, dans la *Gazette médicale de Strasbourg* (20 octobre 1841); il continue à se prononcer énergiquement contre la méthode antiphlogistique, qui ne doit servir que rarement et par suite d'indications spéciales. — M. Stœber se montre ainsi complétement de l'avis de M. Cunier (*Ann. d'Oc.*, IV, p. 241).

Nos lecteurs ont connaissance des observations de M. Piffard (*Bull. thérap.*) touchant l'emploi intérieur de l'huile de foie de morue dans la maladie qui nous occupe (1). Les essais tentés au dispensaire ophthalmique de Bruxelles sont loin d'avoir confirmé le dire de M. Piffard et de ceux qui ont

(1) Encycl., 1840, Ann. d'Oc., III, p. 182.

écrit avant lui sur l'administration de cette huile dans l'ophthalmie scrofuleuse.

M. Négrier (*Archives gén. de Médecine*, mai 1841) se loue beaucoup de l'usage des préparations de feuilles de noyer; toujours le mieux a été très-sensible après la première quinzaine. — Le collyre avec l'eau de noyer (1) et l'opium jouit, au rapport de M. Négrier, d'une efficacité très-grande, et le traitement par les préparations de feuilles de noyer a une action plus prompte sur l'inflammation chronique des yeux que sur les engorgements des ganglions lymphatiques.

---

(1) Une poignée de feuilles en décoction pendant 10 minutes dans un kilog. d'eau. — L'infusion se prépare avec une pincée defeuilles découpées dans 250 grammes d'eau bouillante; on l'édulcore avec le sucre, et on en donne de 2 à 5 tasses par jour.—L'extrait est préparé avec les feuilles de noyer, par la méthode de déplacement. En employant les feuilles sèches, on a de la sorte le moyen de renouveler cette préparation, autant qu'on en a besoin, pendant toutes les saisons; tandis qu'en se servant des feuilles fraîches, il faut alors en préparer en trop grande quantité, et on s'expose à le voir s'altérer.

On prépare le sirop de feuilles de noyer avec l'extrait, en en mêlant 40 centigrammes pour 32 grammes de sirop simple.

« Aux petits enfants, M. Négrier donne deux ou trois cuillerées à café de sirop dans les vingt-quatre heures; pour les adultes, il n'a jamais dépassé 64 grammes. La dose ordinaire pour ces derniers est de 32 à 40 grammes.

« Les pilules d'extrait de feuilles de noyer sont chacune de 30 centigrammes d'extrait rendu solide pour une quantité suffisante de poudre de feuilles de noyer.

« Il en fait prendre deux par jour; il n'a jamais dépassé le nombre de quatre.

M. Négrier recommande surtout la persévérance dans l'emploi des remèdes. Voilà qui dit assez que ceux qu'il vante ne sont pas plus héroïques que tant d'autres exaltés et abandonnés tour à tour.

La solution iodurée dont voici la formule est préconisée par le docteur Furnari (*L'Esculape*, 1840): Eau de fontaine 10 onces; iodure de potassium 1 gros, iode 3 grains. Une cuillerée à bouche matin et soir. Il joint à l'usage de cette potion l'emploi des boissons amères et toniques.

La *Revue médicale* (1841) a publié un mémoire dans lequel le docteur Payan, d'Aix, signale les bons effets de l'hydrochlorate de baryte dans les affections scrofuleuses. » Si l'on examine avec soin, dit M. Payan, la manière de se comporter des ophthalmies scrofuleuses, on ne tarde pas à reconnaître que s'il en est une variété remarquable par la lenteur, le peu d'activité de ses symptômes, laquelle affecte particulièrement l'appareil oculaire externe, il en est une autre espèce caractérisée par une irritabilité très-vive des yeux, un haut degré de sensibilité de ces organes à l'impression de la lumière, une contraction comme spasmodique des paupières, une sécrétion abondante de larmes âcres et chaudes, et fréquemment aussi un état d'éréthisme général. C'est cette dernière variété d'ophthalmie, que l'on voit assez souvent coïncider avec des caries scrofuleuses, des engorgements glanduleux, des exanthèmes chroniques sur le front, autour des yeux, que je qualifie du nom de scrofuleuse photophobique ou irritative, à cause de ses symptômes principaux, l'aversion excessive de la lumière et la vive irritation de la rétine, symptômes qui sont souvent tellement prononcés que l'on voit les enfants qui en sont atteints (c'est l'enfance qu'elle attaque principa-

lement) s'industrier pour éviter l'impression du grand jour : ainsi les paupières ne sont plus pour leurs yeux des voiles suffisants pour les protéger de son influence ; ils les recouvrent encore de leurs mains, ou mieux ils veulent qu'ils soient protégés par d'épais bandeaux ; et encore les voit-on souvent se cacher dans les recoins obscurs des appartements, s'enfoncer sous leurs couvertures quand ils sont au lit, etc. Leur physionomie en reçoit même une expression toute particulière, celle que produit une lumière éblouissante qui vient surprendre la vue. C'est encore cette ophthalmie que quelques auteurs, considérant qu'elle apparaît quelquefois, souvent même après des maladies éruptives (variole, rougeole, etc.), ou qu'elle coïncide avec elles (éruptions dartreuses ou teigneuses du front et du cuir chevelu), ont décrite sous le nom d'exanthématique, tandis que d'autres, confondant des symptômes irritatifs avec des symptômes inflammatoires, ne veulent voir en elle qu'une rétinite. Il nous suffit, en ce moment, de savoir que les vrais praticiens, accoutumés à baser leurs notions pathologiques sur la saine observation, ne mettent aucun doute sur la nature de cette affection, pour être dispensé de réfuter ces deux opinions.

« La marche qu'affecte cette ophthalmie est la chronique ; on la voit persister pendant plusieurs mois, quelquefois pendant plus d'une et deux années, et qui ne sait combien elle est rebelle aux médications par lesquelles on la combat ordinairement ; combien même sont sujets à s'accroître ses symptômes, en raison presque des traitements employés? C'est que la généralité des médecins, ne songeant qu'à la diathèse scrofuleuse que représente l'ophthalmie, croient à la nécessité de s'adresser

aux excitants internes ou externes, qui ne peuvent qu'accroître la surexcitation de l'organisme à laquelle la photophobie se lie intimement. Aussi regardons-nous cette manière de faire comme très-désavantageuse, irrationnelle, et comme une des causes principales de ténacité de cette ophthalmie.

« Ce que nous trouvons alors bien mieux indiqué et plus préférable, c'est de remplacer ces moyens excitants par un régime doux et anti-phlegmasique, par les émollients et surtout par un anti-scrofuleux doué de propriétés anti-irritatives ou hyposthénisantes, c'est-à-dire par l'hydrochlorate de baryte, substance doublement précieuse, en ce que non-seulement par ses propriétés anti-scrofuleuses elle agit sur la spécificité de l'ophthalmie, et la modifie en modifiant aussi la tendance scrofuleuse de l'économie, mais encore parce que par son action contro-stimulante elle est très-propre à calmer l'irritabilité générale des individus atteints de cette ophthalmie. »

M. Payan cite quelques observations à l'appui des bons effets qu'il a obtenus de l'hydrochlorate de baryte ; nous en rapporterons une.

« Obs. — La jeune Baptistine, âgée de cinq ans et demi, fut reçue à l'Hôtel-Dieu d'Aix en mars 1836. Depuis six mois, elle était souffrante d'une ophthalmie dont la persistance faisait craindre pour sa vue Les yeux de la petite malade étaient tellement irritables qu'elle fuyait le grand jour et se couvrait les yeux avec les mains quand elle ne portait pas de bandeau. Il y avait aussi un spasme palpébral, un resserrement comme convulsif des paupières quand on voulait les entr'ouvrir au grand jour. Mais

le soir, au coucher du soleil, ces symptômes s'apaisaient, et on pouvait alors regarder les yeux, dont les cornées, légèrement opalines, étaient tourmentées d'une inflammation chronique : la chassie adhérente vers la base des cils indiquait aussi un peu de blépharite glanduleuse. La conjonctive était peu altérée. La petite malade offrait en même temps des signes d'une excitation fébrile prononcée : ainsi, la chaleur de la peau était accrue, le pouls avait de la dureté et de la fréquence, les lèvres étaient rouges et sèches, et le visage irrité : il y avait soif et rareté des selles. Ajoutons à cela que la jeune fille avait souvent des croûtes vers le front, les tempes, et aux oreilles, et qu'elle avait eu aussi quelques engorgements glanduleux au cou. Elle était, en outre, très-brune et nullement lymphatique.

« Voulant alors m'informer de la nature des soins qui lui avaient été administrés, la mère me fit l'énumération des divers moyens qu'avaient cru devoir employer plusieurs confrères qui l'avaient vue. J'appris ainsi que, pendant longtemps, on avait fait prendre à la jeune malade des infusions de houblon avec le sirop de Portal, qu'une douzaine de vésicatoires au moins, fréquemment excités par la pommade épispastique, avaient été promenés des bras à la nuque, de la nuque aux bras ; que des applications de sangsues avaient été aussi faites ; qu'enfin on avait fini par conseiller un séton, et que c'était pour éviter ce dernier moyen qu'on venait tenter si, à l'hôpital, on ne pourrait pas, à l'aide de moyens plus doux, obtenir la guérison. Avec ce genre de médications avait été en même temps prescrit l'usage des viandes rôties et du vin pour modifier la constitution sans doute prétendue lymphatique.

« Notre premier soin fut de faire cesser l'état d'éréthisme général qu'avait provoqué un traitement aussi

évidemment contraire. Pendant les trois premiers jours, la malade prit trois bains, des lavements, du lait, une tisane émulsionnée. Dès le quatrième jour de l'emploi de ces moyens, la peau avait recouvré de la fraîcheur, l'altération avait cessé, mais la photophobie existait toujours. Nous prescrivîmes alors la potion suivante :

Pr. :	Hydrochlorate de baryte.	2 grains.
	Sirop simple.	6 gros.
	Eau distillée.	3 onces.

« A prendre par cuillerée de deux en deux heures ; aliments maigres, abstinenee de vin, collyre émollient, lait et lavements au moins de temps en temps.

« L'hydrochlorate de baryte fut continué pendant vingt-deux jours. La petite malade en prenait vers la fin jusqu'à 20 grains dans sa potion. Tous les deux ou trois jours on augmentait d'un grain.

« Nous ne le suspendîmes vers la fin que parce que la guérison était obtenue. La malade pouvait alors sortir sans bandeau et ouvrir les yeux au grand jour. Tous les symptômes ophthalmiques, excepté une légère sécrétion de chassie, avaient disparu. Des taches superficielles, signes des kératites qui avaient à plusieurs reprises assailli les cornées, gênaient un peu la vision. Elles paraissaient de nature à se dissiper par l'absorption active du jeune âge.

« Sans vouloir décrire ici minutieusement ce qui fut chaque jour observé pendant l'usage du remède, je me contenterai de déclarer que, quoique je l'eusse porté à une dose bien plus forte qu'on ne le conseille généralement dans les formulaires, aucun signe d'accident gastrique ne se manifesta ; c'est même cette tolérance remarquable qui nous porta à augmenter les doses. Il n'y eut qu'un phé-

nomène qui devenait de jour en jour plus apparent, c'était la cessation progressive des symptômes ophthalmiques. »

M. Payan a vu sa méthode du traitement de l'ophthalmie scrofuleuse irritative constamment suivie de succès, excepté chez une fille adulte dont l'ophthalmie, tenant à une suppression menstruelle, ne cessa que lorsque le flux périodique de l'utérus eût repris son cours.

Il a soin de faire remarquer, que ce n'est point contre toutes les ophthalmies scrofuleuses indistinctement qu'il recommande le chlorure de baryum. Il limite son emploi aux seuls cas d'ophthalmie scrofuleuse avec prédominance de symptômes irritatifs. Il le regarde, au contraire, comme sans effet dans l'ophthalmie scrofuleuse indolente. Cette différence d'action qu'il établit sur l'observation des faits, explique, selon lui, pourquoi tous les auteurs ne s'accordent pas à admettre les bons effets de ce médicament contre les ophthalmies scrofuleuses : c'est qu'ils méconnaissent cette différence importante.

Le docteur Otto (*Casper's Wochenschrift*) a combattu avec succès l'ophthalmie scrofuleuse par l'administration de l'extrait alcoolique de ciguë, vanté par MM. Kopp. (Ibid.), Cunier (*Bulletin méd. belge*, et *Bulletin thérap.*, 1838). Dans une ophthalmo-blepharo-pyorrhée qui avait résisté durant cinq mois à tous les traitements, M. Gottel (*v. Graefe und. v. Walther's Journal*) a donné avec une réussite complète, l'extrait de ciguë, en commençant par 9 gr. et en augmentant chaque jour d'un grain. La cure était parfaite le quatrième jour.

La conéine a été administrée avec succès par

M. Fronmüller (*v. Ammon's Monatsschrift*, III, 517) dans les cas de photophobie scrofuleuse. Il a prescrit conéine gr un à quatre, sucre blanc 40 grains, mêlez, div. en 8 parties égales, un paquet matin et soir. Ayant remarqué que cette préparation s'altérait tant par la trituration que par le contact de l'air, il lui a substitué la prescription suivante : Conéine deux grains, esprit de vin rectifié un scrupule, eau distillée cinq gros. Conservez dans un vase bien clos. S. 20 à 30 goutt. trois fois par jour.

Dans les cas les plus désespérés, on retire les meilleurs effets, au rapport de M. Erdmann (*v. Graefe und. v. Walther's Journal*) du quinquina donné à l'intérieur sous l'une ou l'autre forme.

La teinture de rhus toxicodendron a été employée (*Casper's Wochenschrift*) par M. Neuhaus, selon le conseil de M. Gescheidt. On en met autant de gouttes que le malade compte d'années, dans 4 onces d'eau, on en donne une cuillerée à bouche toutes les trois heures, et on augmente progressivement la dose. M. Neuhaus dit avoir retiré de cette préparation les meilleurs effets contre la photophobie.

4). *Ophthalmie arthritique.*— Sans vouloir nier l'existence de la goutte sur les yeux, M. Decondé (*Bull. méd. belge*) conteste le diagnostic qui en a été déduit, et n'admet l'existence de cette maladie que lorsqu'il y a concomitance ou imminence de goutte.

5.) *Ophthalmie rhumatismale.* — M. Cunier (*Ann. d'Oculist.*, IV, p. 241) a retiré de bons effets de l'émétique à haute dose, ainsi que de l'iodure de potassium. Ce dernier agent thérapeutique est vanté

par Rees (*The Lancet*, 1840), qui a signalé les mauvais effets de la saignée dans l'iritis rhumatismale.

6.) *Ophthalmie syphilitique.* — Nous mentionnerons ici une observation rapportée par M. Cunier d'ophthalmie vénérienne communiquée à un enfant par une fille présentant des symptômes primitifs de syphilis (*Ann. d'Oculist.*, IV. p. 238). Il existait dans ce cas une ulcération vénérienne de la conjonctive, phénomène excessivement rare. La syphilis affecte rarement une autre partie de l'œil que l'iris. On voit des ulcérations syphilitiques des paupières; M. Sichel (*Journ. des Conn. médicales*, VIII, p. 103) en a vu dans la cornée, M. Snabilié dans la conjonctive ou la sclérotique. M. Sichel a observé sur des syphilitiques qui n'avaient aucune prédisposition lymphatique, des conjonctivites pustulaires, des blépharites pustuleuses, présentant tous les caractères anatomiques de la conjonctivite et de la blépharite scrofuleuses.

M. Flarer a donné l'histoire d'un cas remarquable d'exophthalmie syphilitique guérie par l'eau de Pollini (*OEsterreich. med. Jahrbucher*).

M. Ricord a cru voir, soit dans l'orbite, soit dans la sclérotique, quelque chose d'analogue au sarcocèle syphilitique (1). C'est d'abord un gonflement du périoste orbitaire, puis un épaississement et une induration de la sclérotique qui, comprimant ses vaisseaux et ses nerfs, font éprouver des battements dans l'œil et des douleurs de compression qui s'exaspèrent la nuit. L'œil semble chassé de l'orbite.

---

(1) Bulletin thérapeutique, 1841 ; Encyclog. 1841.

Il est évident, d'après M. Ricord, que cela tient à l'épaississement du périoste; suivant lui encore, cette maladie aurait été confondue avec l'amaurose syphilitique, ou peut-être même avec l'iritis syphilitique, qui n'est qu'un symptôme secondaire. Malgré toute l'autorité que nous reconnaissons à M. Ricord dans les maladies vénériennes, nous ne pouvons, dit avec raison la *Gazette médicale* de Paris, accorder sans aucune autre preuve que celles données dans son mémoire, le gonflement périostique et surtout le gonflement de la sclérotique et la compression de ses nerfs; n'y a-t-il pas d'autres tissus qui peuvent se prendre dans la cavité orbitaire, et parce qu'une fois seulement un commencement d'exophthalmie et des douleurs dans l'œil auront disparu par un traitement mercuriel, est-ce une raison suffisante pour admettre une induration syphilitique de la sclérotique et de tout le périoste de l'orbite? La chose n'est pas impossible, mais il faudrait d'autres faits pour lui donner droit de domicile dans la science, d'autant plus que, sur le seul malade dont parle M. Ricord, le gonflement siégeait d'abord sur le frontal, puis sur l'arcade sourcilière, et se propageait *probablement* dans l'orbite, puisque, dit l'auteur, le malade y éprouvait des douleurs, et était complétement amaurotique.

a. Iritis syphilitique. — L'iritis syphilitique est, à bien des titres, l'une des formes les plus curieuses et les plus intéressantes de la syphilis constitutionnelle. M. Sichel en a donné dans son *Traité de l'ophthalmie, de la cataracte et de l'amaurose* (1837, p. 426-456), une description détaillée, qu'aujourd'hui encore, après trois années de nouvelles observations, il croit parfaitement exacte,

malgré ce qu'en ont dit quelques auteurs qui ne veulent point admettre que les caractères anatomiques de cette phlegmasie aient quelque chose de caractéristique. Cet ophthalmologue a pensé qu'il ne serait pas inutile de faire connaître (*Journ. des connaissances médicales*, décembre 1840, janvier 1841) quelques observations authentiques d'iritis syphilitiques, reconnues pour telles à leurs *caractères anatomiques* et *par la simple inspection de l'œil*, et d'examiner quelles sont les raisons pour lesquelles certains écrivains refusent de reconnaître que cette affection se distingue par des symptômes locaux particuliers. M. Sichel rappelle succinctement ces caractères :

« 1° La décoloration de l'iris a quelque chose de particulier; cette membrane prend quelquefois dans toute son étendue, mais toujours dans son petit cercle, une teinte d'un rouge cuivré ou une couleur violacée.

« 2° Ce même petit cercle se gonfle beaucoup plus que dans les iritis d'autre nature; il semble comme épaissi par une couche tomenteuse ou floconneuse. Parfois le changement s'étend au grand cercle. Ces deux caractères, dus à une vascularité particulière du petit cercle de l'iris, sont *constants*; ils débutent d'ordinaire dans la partie supérieure interne du petit cercle iridien, et plus tard encore, quand la maladie est arrivée à son summum d'intensité, ils restent plus marqués dans la partie supérieure interne de l'iris et surtout de son petit cercle.

« 3° La partie supérieure interne de la pupille prend une forme anguleuse; elle est tiraillée en haut et en dedans, et quelquefois pointue dans cette direction. Souvent on peut reconnaître que ce phé-

nomène est dû à des adhérences peu étendues entre la partie supérieure interne de la marge pupillaire et la partie correspondante de la cristalloïde, et produites par un dépôt de matière fibro-albumineuse. Ces adhérences se trouvent souvent placées des deux côtés à la base du triangle formé par la partie supérieure interne de la pupille, qui est devenue immobile, tandis que dans tout le reste du pourtour pupillaire, la forme et la mobilité normales de cette ouverture sont conservées; par suite du tiraillement de sa partie supérieure en haut et en dedans, toute la pupille peut prendre une forme ovalaire de dehors en dedans et de bas en haut. Si l'on ne peut expliquer pourquoi le travail phlegmasique est plus fortement prononcé dans la partie supérieure interne de la membrane malade pour laquelle il semble marquer une certaine prédilection, ni pourquoi il y produit plus fréquemment des adhérences, de préférence à toutes les autres parties, il ne faut pas rejeter pour cela ces symptômes constatés par une observation répétée et fort exacte; on n'explique pas mieux la couleur particulière des syphilides de la peau, ni la prédilection de la syphilis constitutionnelle pour les os, ni la raison pour laquelle elle affecte l'iris plutôt que la choroïde, malgré la texture semblable de ces deux membranes.»

M. Sichel n'a jamais prétendu que cette déformation pathologique de la pupille fût constante, mais elle existe dans la majorité des cas; il n'a pas dit davantage qu'il y attachait une importance absolue, car les deux premiers caractères suffisent parfaitement pour assurer le diagnostic. Il s'est borné à dire qu'il serait bon de noter et d'observer le phénomène, à cause de sa fréquence. En outre, quand il manque, la décoloration et l'aspect tomen-

teaux de l'iris, surtout dans son petit cercle, sont plus marqués dans ses parties supérieures interne ou externe, dans lesquelles, ainsi qu'il a été dit plus plus haut, la maladie débute le plus souvent.

« 4° Quelquefois on voit se former sur l'iris, le plus souvent sur le petit cercle, surtout dans sa partie interne, des élévations larges de deux à trois millimètres, et même davantage, arrondies, hautes d'un ou tout au plus de deux millimètres, d'une teinte jaunâtre, recouvertes à leurs circonférences, et quelquefois même dans toute leur étendue, de vaisseaux d'un rouge sombre qui leur donnent le même aspect cuivré et tomenteux qui a été signalé ci-dessus dans le petit cercle. On a comparé ces élévations particulières du tissu de l'iris à des condylômes.

« Ces deux derniers caractères sont moins constants que les deux premiers, mais ils existent, le troisième dans la majorité des cas, le quatrième dans un très-grand nombre. Ils surviennent d'ordinaire plus tard que les premiers.

« Cette iritis est toujours un signe de syphilis constitutionnelle secondaire ou tertiaire. Toutes les fois que l'on trouve les caractères anatomiques exposés par M. Sichel, le malade a eu des ulcérations primitives chancreuses. Tantôt l'iritis remplace à elle seule une syphilis constitutionnelle secondaire; tantôt elle a été précédée de syphilides de la peau, de bubons, ou d'autres symptômes de syphilis secondaire, et constitue ainsi une syphilis tertiaire, qui peut être accompagnée d'autres symptômes, tels que, p. e., de chancres de l'arrière-gorge. On trouve toujours que l'affection primitive a été négligée totalement ou traitée insuffisamment. »

M. Sichel fait suivre ce résumé succinct des symptômes de l'iritis syphilitique, de quelques observations détaillées et authentiques, pouvant servir de pièces à l'appui.

Bien que le savant oculiste parisien ait reconnu que la forme particulière de la pupille n'est pas un symptôme aussi invariable que les autres, il possède cependant, comme nous, des observations authentiques, dans lesquelles ce caractère, survivant à la phlegmasie spécifique, lui a servi à diagnostiquer positivement la nature et la cause de la maladie par la simple inspection de l'œil. A deux observations de cette espèce qu'il a publiées dans la *Gazette des Hôpitaux* (1833, n° 33), M. Sichel en ajoute deux nouvelles, auxquelles nous pourrions en joindre quelques-unes, tirées de notre pratique; la première est rédigée par le malade lui-même, médecin fort distingué : le traitement dirigé d'après le diagnostic et les indications fournies d'abord par les seuls caractères anatomiques, et confirmé par le commémoratif, lui a rendu l'usage d'un œil regardé par lui-même comme irrévocablement perdu, après les traitemens les plus variés.

Si des auteurs, fort recommandables d'ailleurs, n'ont pas reconnu les caractères anatomiques de l'iritis syphilitique, cela ne tient-il pas, dit M. Sichel, à ce qu'ils ont cru que toute iritis, survenue par des causes accidentelles chez un individu affecté autrefois de syphilis, devait nécessairement prendre la forme et l'aspect de l'iritis syphilitique, tandis qu'on doit raisonnablement s'attendre à ne les trouver que là où la syphilis a été incomplètement éteinte ?

Parmi les objections qu'on a élevées contre la réalité des caractères anatomiques de l'iritis syphiliti-

que, on a insisté sur les suivantes : quelquefois, dans l'iritis syphilitique des deux yeux, une pupille devient angulaire en haut et en dedans, tandis que l'autre présente une inégalité de forme sur un autre point de sa circonférence, et est tiraillée dans une autre direction ou même conserve sa forme régulière. A cela M. Sichel répond en répétant qu'il n'a jamais regardé cette difformité comme un signe pathognomonique constant ; il ajoute que l'iritis syphilitique affecte plus souvent un seul œil que les deux yeux ensemble, et que dans les cas où tous deux sont atteints à la fois, la maladie débute à une période différente dans l'un et dans l'autre. Or, le caractère syphilitique de l'iritis ne se développe pas de prime abord, mais devient manifeste quand elle a existé un certain temps. Dans le commencement, l'iris est simplement décoloré, sans être ni d'une teinte cuivrée, ni d'un aspect tomenteux. La pupille reste ronde, mais plus ou moins immobile et resserrée. Ces symptômes communs de l'iritis se développent ainsi sous l'influence d'une cause irritante locale, telle que l'introduction d'un corps étranger dans l'œil, un travail fatiguant, une lumière vive, la chaleur du foyer surtout, et le plus souvent un coup d'air. Quand par suite de cette irritation locale l'iris a présenté pendant quelque temps les caractères de son inflammation simple, si le malade a été autrefois affecté de syphilis insuffisamment combattue, l'organe enflammé devient un centre d'attraction pour l'iritis syphilitique. De cette manière toute iritis peut se changer en iritis syphilitique, et ce n'est qu'alors que les caractères spéciaux apparaissent et viennent se joindre aux symptômes déjà existants. Ainsi l'iris prend la teinte cuivrée, et se recouvre d'une couche

tomenteuse plus ou moins élevée; plus tard encore la pupille, le plus souvent, change de forme; elle devient anguleuse et pointue en haut et en dedans; elle est tiraillée vers cet endroit où l'iris devient plus étroit, et elle présente alors, en général, un ovale dirigé de bas en haut et de dehors en dedans. Ces changements survenant à des périodes inégales dans les deux yeux, il n'y a rien d'étonnant de les trouver développés à un œil et non encore dans l'autre. Si alors on ne combat pas la syphilis et si l'on se borne à un traitement purement antiphlogistique, on verra, *en ne perdant pas de vue* le malade, les mêmes phénomènes se développer dans l'autre iris. Quelquefois on est assez heureux pour les faire avorter ou pour empêcher leur développement dans le second œil, en mettant immédiatement en usage un traitement antivénérien et antiphlogistique très-énergique. M. Sichel a fait toutes ces expériences et essayé, tantôt les différents modes de traitement, tantôt l'expectation, et toujours il a obtenu les résultats qui viennent d'être indiqués, circonstances qui ont dû naturellement fortifier sa conviction.

M. Velpeau a combattu, aussi dans le *Journal des connaissances médicales* (février 1841, Encycl., 4e série, vol. VI), les idées émises dans le mémoire de M. Sichel. Il tire de quelques observations qu'il rapporte cette conclusion que, « *les signes imaginés par certains auteurs pour diagnostiquer l'iritis syphilitique sont de pures créations de l'esprit, et qu'à l'aide d'une certaine médication il est toujours possible d'éteindre rapidement l'iritis aiguë.* »

Selon lui, il est inexact de dire que dans l'œil la syphilis affecte presque exclusivement l'iris. « On

sait, ajoute-t-il, que la syphilis constitutionnelle ne revêt presque jamais la forme d'inflammation aiguë. S'il est vrai que l'anneau sclérotidien soit souvent d'un rouge pâle briqueté (Weller), il l'est également que ce cercle revêt quelquefois, dans les diverses sortes d'iritis aiguë, une couleur rouge très-vive. Quant à dire, qu'il s'avance jusque sur le contour de la cornée sans le dépasser (Stœber), j'ajouterai que ceci n'est ni constant ni propre à l'iritis syphilitique. La couleur cuivrée de l'iris, les flocons qui flottent sous forme de franges roussâtres à la circonférence de la pupille, les espèces de végétations ou de petits polypes observés au fond de la chambre antérieure (?), tout cela semblerait plus concluant; mais ce n'est guère que dans l'iritis chronique qu'on les observe; et encore n'est-il pas sûr que ce soient des symptômes exclusivement propres à l'iritis syphilitique. Les petites masses polypiformes elles-mêmes pourraient bien n'être que d'anciennes concrétions fibrineuses ou plastiques, vascularisées par suite d'une vive inflammation quelconque. La teinte, la coloration en jaune, en rouge cuivré, auraient donc seules ici une véritable valeur, lorsque les douleurs ostéocopes du front ou des membres mentionnées par quelques auteurs, ou des symptômes évidents de syphilis dans d'autres régions, ne sont pas là pour éclairer le diagnostic. Je répète que tout ceci n'est d'ailleurs applicable qu'à l'iritis chronique. »

Pour M. Velpeau, il n'y a aucun rapport entre les formes que peut revêtir la pupille et les diverses causes de l'iritis.

Une iritis aiguë étant donnée, rien, selon lui, dans ce qu'en ont dit *certains oculistes*, n'autorise à distinguer celle qui est syphilitique de celle qui ne l'est pas.

b. Ophthalmie blennorrhoïque. — La méthode ectrotique qui a valu de si beaux résultats à M. Gouzée (*Ann. d'Oc.*, IV, p. 149, V, p. 193) trouve un partisan en M. Ricord (*Bull. thérap.*, février, p. 132). Si une première cautérisation ne suffit pas, il y revient le soir, le lendemain, jusqu'à « ce qu'enfin on n'ait plus que l'inflammation du nitrate d'argent. » Pour prévenir les inflammations profondes du globe, M. Ricord a recours, suivant l'indication, aux saignées générales, aux révulsifs, etc; il trouve la saignée locale très-utile, mais les sangsues ne doivent pas être appliquées à la tempe, derrière l'oreille, près de l'aile du nez. Appliquées sur les paupières, elles produiraient « une congestion sanguine qui occasionnerait l'ecchymose des paupières. Dans l'intervalle des cautérisations directes, si on est obligé de les renouveler toutes les trois ou quatre heures, on injectera quelques gouttes d'une solution de 15 centigrammes de nitrate d'argent cristallisé dans 40 grammes eau distillée. On pourra augmenter, au besoin, la dose du nitrate d'argent. » — M. Ricord fait injecter entre les paupières de l'eau de pavots, tenir en permanence sur l'œil des compresses imbibées de ce liquide, pratiquer des frictions autour de l'orbite avec onguent mercuriel et extrait de belladone, ana parties égales.

M. Van Onsenoort nous a appris (*Nederlandsch Lancet*, vol. II, p. 487), que la méthode ectrotique est aussi celle de Guthrie, qui donne en même temps à l'intérieur les *blue-pills*.

On trouve dans les *Annales dOculistique* deux faits rapportés l'un par M. Noppe (III, p. 79), l'autre par M. Cunier (IV, p. 238), qui prouvent que les mêmes résultats dus à la cautérisation avec le

crayon de pierre infernale peuvent être obtenus par la solution concentrée de nitrate d'argent, qui est infiniment plus facile à manier que le crayon.

Une observation d'ophthalmie évidemment métastatique d'une blennorrhagie urétrale est rapportée par M. Marquand dans le *Journal des Connaissances médicales* (février 1841). (*Encyclog.*, 4e s., vol. V, 578.)

M. Decondé, qui a publié (*Ann. d'Oculist.*, vol. I, p. 341) un mémoire sur l'ophthalmie qui nous occupe, s'est attaché dans un travail communiqué au Cercle médico-chirurgical de Bruxelles (*Bulletin méd. belge*, sept.), à faire ressortir les caractères qui la rapprochent de l'ophthalmie des armées. » Il attribue une très-large part à la gonorrhée dans la production de l'ophthalmie en Egypte, et il croit qu'il s'y montre beaucoup de cas d'ophthalmie blennorrhagique. » Il ne considère cependant pas le flux urétral comme source unique du mal.

Le docteur Haun, de Juliers (*Medic. Zeitung*, n° 52, 1840), a vu une ophthalmie gonorrhoïque, promptement destructive, se déclarer chez un soldat qui s'était lavé les yeux, quelques heures auparavant, dans l'eau qui avait servi à nettoyer l'œil d'un militaire pris de ce mal.

7.) *Ophthalmie intermittente.*— Les *Annales de la Société de médecine de Gand* (août 1840), renferment l'observation, communiquée par M. Heyman, d'une conjonctivite qui, cinq fois en quatre ans, affecta un jeune homme. Les révulsifs et les antiphlogistiques n'enrayèrent jamais la marche du mal d'une manière subite; l'œil n'était jamais revenu à l'état normal qu'après une durée de six à sept semai-

nés, et avoir fait beaucoup souffrir le malade. A la sixième atteinte, M. Heyman fut appelé; quoique l'examen de l'œil dénotât un état inflammatoire de la conjonctive, il hésita cependant à avoir recours aux antiphlogistiques, à cause d'une espèce d'intermittence qu'il crut remarquer dans la marche de l'affection; ce doute augmenta quand il considéra le tempérament du sujet, la saison de l'année, le retour constant de l'ophthalmie à des époques fertiles en maladies périodiques, et le séjour assez prolongé que le malade avait fait antérieurement dans les Polders. M. Demuynck, appelé en consultation, reconnut aussi le caractère intermittent et conseilla de recourir sans crainte à l'hydro-ferro-cyanate de quinine. L'intermittence se dessina clairement le troisième jour; en douze jours l'ophthalmie avait cessé sans l'auxiliaire d'aucun moyen local.

Deux faits semblables par leur nature à celui de M. Heyman, ont été rapportés dans ces derniers temps. Dans celui de M. Szokalski (*Ann. d'Oculist.*, vol. I, p. 327), il s'agit d'une ophthalmie revenant tous les trente jours; celui de M. Decondé (*ib.*, vol. III, p. 143) a trait à une kératite aiguë intermittente. M. Herschmann (*OEsterreich. med. Jahrbucher*, XXI, liv. 2) a vu une ophthalmie revêtir la forme d'une fièvre intermittente tierce; une semblable affection a été observée par le docteur OEterlen, de Stuttgart (*Med. Correspondenzblatt*, IX, n° 11, 1840).

8.) *Ophthalmie due à l'altération du sang.*—A la suite de la publication dans les *Annales d'Oculistique* (III, p. 137) d'un mémoire de M. C. Canstatt sur les affections pernicieuses des yeux qui sont la suite de l'infection purulente du sang, M. Caffe

a adressé au *Journal des Connaissances médicales* une note qu'il termine ainsi :

« Aux opinions de M. Magendie, aux faits et aux développements pleins de logique apportés par M. Canstatt, je crois utile et je demande la permission de rappeler ici ce que je publiai dans une brochure ayant pour titre : *Considérations sur l'histoire médicale et statistique du choléra-morbus de Paris* (*mai* 1832). La description que je donnai du choléra contenait entre autres ce passage : « Les yeux sont enfoncés dans leur orbite; « un cercle livide les entoure. Le globule oculaire « est quelquefois convulsé, renversé en haut et en « arrière. Les paupières ne recouvrent le globe « qu'aux deux tiers ; les pupilles sont immobiles, « non-dilatées; la cornée transparente est terne, « opaque; une ecchymose noirâtre se trouve sur la « sclérotique, au bord extérieur de la cornée tran- « sparente. *J'ai vu deux cas d'ulcération de la* « *cornée, avec issue des humeurs de l'œil et* « *perte de la vision; ces deux malades ont re-* « *couvré la santé.* »

« Ces faits très-curieux et qui se passaient à l'hôpital de la Pitié, dans le service dont j'étais l'élève interne et pendant que le choléra sévissait avec la plus grande intensité, je les ai vus se reproduire le 13 août 1837. Lorsque le choléra ravageait pour la seconde fois la Provence et le Languedoc, me trouvant à l'Hôtel-Dieu de Marseille, je rendis témoin M. Reymond, chirurgien en chef, d'une ulcération de la cornée droite, chez un vieillard, depuis vingt-quatre heures dans la période algide du choléra, et qui succomba quelques heures après. M. Reymond et ceux qui l'accompagnaient me remercièrent

de cette observation qu'ils recueillaient pour la première fois.

« Tout le monde sait que l'altération du sang chez les cholériques est des plus prononcées; il y a donc dans les faits que je rapporte une confirmation de l'opinion que des affections graves des yeux sont consécutives ou accompagnent certaines altérations du sang. »

Des faits de la nature de ceux rapportés par M. Canstatt ont été consignés dans les *Annales d'Oculistique*, II, p. 61, par M. Masius et dans une thèse sur l'ophthalmie puerpérale défendue à Prague. (*Dissertatio inaug. sistens historias sinopticas ophthalmiarum duarum phœnomenis et decursu singularium in clinico ophthalm. Pragensi observatarum* (1).

8. *bis.*) *Ophthalmie des nourrices.* — Nous empruntons à la *Gazette médicale de Paris* l'analyse suivante d'un mémoire publié (*v. Ammon's Monattschrift*, III) par M. Nasse, professeur à la Faculté de Marbourg.

« Dans ces derniers temps, on s'est surtout rendu attentif aux abcès métastatiques qui suivent les opérations; l'œil n'en est pas plus exempt que tous les autres organes, et il paraît, d'après MM. Hall, Hingibotton, Moser, Canstatt, etc., que la suppuration des membranes de l'œil, mais surtout de la cornée, n'est pas rare chez les femmes en état de puerpération, et survient à la suite de quelques inflammations du bas-ventre. Tous les cas observés se

(1) Voir Ammon's Monatsschrift, III, l'analyse de cette dissertation par M. Warnatz.

sont terminés par la mort. (Voir *Canstatt*, l. suprà cit.) Dans ce mémoire, il n'est pas question de kératite maligne, mais d'une autre, guérissable, qui ne survient pas dans les premiers jours de l'accouchement, mais plus tard, chez les nourrices. D'après le professeur de Marbourg, elle n'apparaît que quelques mois après l'accouchement, et même au bout d'un an et demi, si la lactation est continuée aussi longtemps. Elle s'annonce par une irritation et plus tard une injection de la conjonctive oculaire, en prenant la forme catarrhale, et quelquefois aussi vésiculeuse. Parfois la maladie revêt un caractère rhumatismal, ou survient à la suite d'une éruption vésiculeuse de la face. De la conjonctive, l'inflammation passe en peu de temps à la cornée, et est accompagnée de douleurs oppressives et pongitives dans l'œil et au-dessus du bord orbitaire; ces douleurs ne sont pas toujours très-vives et diminuent bientôt; la photophobie est en général peu prononcée. La conjonctive est très-rouge et un peu boursoufflée; la vue est trouble. Dans tous les cas il s'est formé, du troisième au huitième jour de la maladie, un abcès sur la cornée, et ordinairement il ne s'est trouvé que sur un seul œil, tandis que l'autre ne souffrait que peu ou point du tout. A mesure que l'abcès se forme, les symptômes inflammatoires diminuent; par contre, l'abcès, qui a toujours son siége au milieu de la cornée, gagne en largeur, si on ne l'arrête pas par un traitement convenable; il peut même pénétrer dans la chambre antérieure et y occasionner un hypopion.

« Cette maladie ne paraît pas être liée à une saison particulière de l'année, mais plutôt à une époque de la vie. Les femmes qui y sont les plus sujettes sont celles de 28 à 38 ans, et surtout

celles qui ont déjà eu plusieurs enfants. Les scrofules, le rhumatisme, etc., ne semblent avoir qu'une influence secondaire sur cette maladie, qui paraît toujours être précédée d'une grande lassitude et d'un amaigrissement, suite des fatigues de l'allaitement. Les saignées ne sont jamais indiquées; on retire de bons effets des vésicatoires placés derrière les oreilles. des dérivatifs intestinaux et des diaphorétiques. L'esprit de Minderer, uni aux infusions amères, le vin de colchique, la teinture de gaïac, et, en cas d'épuisement de la malade, le quinquina avec l'acide sulfurique, tels sont les moyens à employer. Ce qui est toujours indispensable, c'est de sévrer l'enfant ou de diminuer l'allaitement; le régime doit être tonique, sans être stimulant. En collyre, on donne la teinture d'opium seule, ou unie à la pierre divine. Deux ou trois semaines de traitement suffisent pour la guérison complète.

Obs. I. — Une femme de 30 ans nourrit depuis neuf mois son premier enfant, qui est très-fort, et ne prend d'autre nourriture que le lait de sa mère. Celle-ci, toujours bien portante, se plaignait depuis seize jours de lassitude, d'anorexie, de chaleur fugace et de céphalalgie; elle devint de plus en plus maigre; le pouls était fréquent, petit et faible; il n'y avait pas de symptômes du côté de la poitrine. Il y a 8 jours, elle fut prise, sans cause connue, d'une ophthalmie très-douloureuse, surtout de l'œil gauche, sur lequel on vit paraître un ulcère de la grandeur d'une lentille; la conjonctive était rouge et boursoufflée, la photophobie peu prononcée.

Obs. II. — Femme de 29 ans, constitution forte, toujours bien portante, se sentant très-fatiguée par l'allaitement d'un garçon de 15 mois; il y a 9 jours, elle fut prise d'une ophthalmie catarrhale, qui envahit bientôt la

cornée et troubla la vue. Les douleurs sus-orbitaires devinrent très-intenses et il se forma au milieu de la cornée un ulcère de trois millimètres, qui perfora presque cette membrane, et produisit une accumulation de pus entre les lamelles.

Obs. III. — Femme de 31 ans, ayant souffert déjà souvent des yeux, surtout pendant l'allaitement. Elle nourrit depuis six mois son troisième enfant ; il y a quinze jours, elle a eu à la face une éruption herpétique qui s'étendait de la lèvre à la paupière droite. L'œil de ce côté s'enflamma ; celui de gauche ne souffrit que fort peu. La photophobie et la douleur n'étaient que peu prononcées, bien qu'il y eût rougeur à la conjonctive. Un ulcère à fond sale s'étendit sur la moitié de la cornée ; le bord palpébral fut un peu excorié.

Obs. IV.—Femme de 38 ans, scrofuleuse dès son enfance, ayant eu de fréquentes blépharites et des ulcères superficiels de la cornée; tous les symptômes avaient disparu depuis plusieurs années sous l'influence d'un traitement convenable. Au troisième mois après son cinquième accouchement, l'œil droit, auparavant toujours sain, fut pris d'une ophthalmie étendue avec ulcérations profondes. Les douleurs, surtout le soir, étaient très-fortes, la photophobie peu prononcée ; la conjonctive très-rouge; malgré l'état de l'affection, qui laissait peu à espérer pour la conservation de la vue, l'état de l'œil était très-satisfaisant au bout de huit jours. On s'était borné à ne mettre l'enfant au sein que deux fois par jour, et jamais durant la nuit. Au bout de la troisième semaine tous les symptômes avaient disparu, sauf une toute petite érosion de la cornée ; alors la femme, sans consulter le médecin, allaita comme auparavant son enfant pendant la nuit ; l'ulcère gagna de nouveau en étendue, et ne céda que lorsque le médecin se fut assuré de la

cause de la rechute et défendit de nouveau l'allaitement. Dans ce cas seulement, M. Nasse a employé, outre la teinture d'opium et la pierre divine, un peu de sublimé et de sulfate de cuivre.

Obs. V. — Femme de 28 ans, de forte constitution, toujours bien portante, si ce n'est qu'il y a 6 ans, elle a eu une blépharite papuleuse. Elle est accouchée de son quatrième enfant; elle l'allaitait depuis 6 mois, lorsqu'elle fut prise d'une inflammation catarrhale de l'œil droit qui, très-bénigne dans le principe, devint vésiculeuse au bout de quatre semaines. Plusieurs moyens très-rationnels furent employés par son premier médecin. L'inflammation gagna en étendue; les douleurs sus-orbitaires devinrent très-fortes; un ulcère très-large et entouré d'une auréole vasculaire se forma sur le centre de la cornée. L'ophthalmie finit par guérir, mais elle fut suivie de pannus.

Après avoir lu les réflexions et les observations qui précèdent, on serait, au premier moment, tenté de croire que cette ophthalmie des nourrices n'est autre chose qu'une inflammation ordinaire, rhumatismale ou scrofuleuse; mais lorsqu'on voit que les symptômes en apparence les plus graves cèdent aussitôt qu'on sèvre l'enfant et reprennent de l'intensité lorsqu'on met le nourrisson de nouveau au sein, il faut évidemment regarder cette ophthalmie comme étant d'une nature spéciale.

L'auteur cherche à se rendre compte de la cause de cette affection par quelques remarques physiologiques; il pense devoir la rapporter à un appauvrissement du sang; ainsi Mackensie a vu des ulcères augmenter en étendue par les émissions sanguines et s'arrêter dans leur marche au bout de vingt-quatre heures par l'emploi des toniques.

Magendie a observé des ulcérations et des perforations de la cornée sur des chiens auxquels on faisait souffrir la faim, ou auxquels on injectait de l'eau et du sérum dans les veines, et en général on observe des kératites ulcéreuses sur les individus épuisés par d'abondantes saignées, des jeûnes prolongés et des suppurations copieuses, et, chose remarquable, ce n'est ordinairement qu'un œil, rarement les deux qui sont en même temps gravement affectés. (Voir *Canstatt*, l. sup. cit.)

Nous n'entrerons pas dans de longs détails sur l'hypothèse iatro-mathématique par laquelle l'auteur cherche à expliquer comment les globules de lymphe et les disques du sang, venant à être agglutinés par un état particulier du sérum, s'arrêtent entre les lamelles de la cornée, distendent celles-ci et produisent l'ulcération.

C. *Lésions organiques, le plus souvent suites de l'inflammation.*

1.) *Ptérygion.*—Le docteur Snabilié a confirmé, dans un mémoire d'ophthalmologie pratique (*Nederlandsch Lancet*, 1840) les remarques de M. Cunier sur la nature du ptérygion (*Ann. d'Ocul.*, I, p. 469, *Bull. méd. belge*, 1837).

M. Guépin (*Ann. de la Soc. des Sc. méd. et nat. de Malines*, 1841), et M. Chaumet (Journ. de la Soc. de méd. de Bordeaux), ont obtenu des guérisons par l'excision et la cautérisation.

2.) *Excroissances de la conjonctive et de la sclérotique.* — L'observation suivante est rapportée par M. Guépin (*Gaz. méd. de Montpellier*, 1841) :

Obs.—« Un tourneur de chaises se présente à ma visite et me raconte qu'ayant failli être surpris avec une jeune personne de son âge, un soir qu'il était à fouler les blés avec elle, il se leva précipitamment et fut piqué par une guêpe; que depuis lors, il a toujours souffert dans la partie de la paupière atteinte par l'insecte, et qu'il s'y est formé une tumeur. J'examinai l'œil de ce tourneur et je reconnus un polype pyriforme et aplati; je me préparais à l'enlever; M. Gélée, mon aide, tenait le polype avec des pinces et je relevais la paupière, lorsque la tumeur un peu tiraillée resta aux mains de mon aide. Je l'ai disséquée; elle se composait de deux muqueuses superposées, dont l'une formait la doublure de l'autre. de telle sorte qu'on traversait quatre membranes en la piquant par son milieu

« Je croyais mon malade guéri, mais il revint le lendemain se plaignant encore de la piqûre de sa guêpe; je relevai la paupière et j'aperçus comme la pate d'une grosse araignée. Je la saisis avec des pinces et je parvins à extraire une portion d'épi de blé longue de plus de deux centimètres et tout à fait noircie. C'était là sans aucun doute la guêpe qui avait piqué notre tourneur de chaises et déterminé la formation d'un polype. »

De Wenzel, M. Lawrence, avaient déjà fait connaître des faits de la nature de celui observé par M. Guépin; on trouve dans les *Annales dOculistique* (vol. II, p. 153), l'histoire d'une fille chez laquelle une pareille tumeur avait été déterminée par la présence d'un fétu de paille long de 8 lignes. Cette dernière observation a été extraite par M. Cunier du livre de M. Riberi, *Trattato di Blefarottalmia-therapia operativa.*

L'observation ci-après de M. le docteur Delvigne,

de Liége, a paru dans les *Annales de la Société de medecine d'Anvers*. 1840.

Obs. I. — Un jeune homme portait dans l'œil, depuis huit mois, une petite tumeur, qui ne causait que la sensation d'un corps étranger.

Le 6 octobre 1839, le jeune malade vint consulter M. Delvigne, qui découvrit sous la paupière supérieure tuméfiée, une tumeur rouge, grenue, spongieuse, adhérente aux deux paupières, et située dans l'angle externe de l'œil. Le chirurgien diagnostiqua une tumeur fongueuse partant de la sclérotique. Elle fut cautérisée avec du nitrate d'argent ; mais quelques jours après elle reparut; l'extirpation fut alors décidée. La commissure externe des paupières étant prolongée en dehors, la tumeur fut saisie avec une érigne, et extirpée à l'aide de ciseaux courbes sur le plat. Une portion du cartilage tarse fut enlevée avec elle. Les choses allèrent d'abord fort bien, la plaie de la commissure se réunit, et déjà l'œil commençait à se déterger, quand au bout de trois semaines, la tumeur avait pris le volume d'une noisette, avait déjeté l'œil en dedans, en occasionnant de vives douleurs. Prévoyant que quelques racines du mal étaient restées profondément cachées dans l'orbite, le chirurgien se décida à une opération plus grave que les précédentes. Pour bien mettre à nu tout le mal, il ne craignit point de diviser verticalement la paupière supérieure dans toute sa hauteur. La tumeur, alors bien mise à nu, fut détachée de la sclérotique en dedans, de la face externe de l'orbite et de la glande lacrymale en dehors. Après l'opération, tout le côté externe de la sclérotique se trouvait mis à nu : probablement, dit l'opérateur, le muscle droit externe avait été coupé, et cependant il n'y avait pas déviation de l'œil en dedans. La tumeur avait le volume d'une olive; elle était

d'une trame cellulo-fibreuse, criait sous le scalpel; à sa surface elle était molle et gorgée de sang, et se laissait aisément écraser sous le doigt. Deux points de suture réunirent la paupière supérieure, et la plaie fut pansée simplement. Le cinquième jour, la suppuration était établie, un petit abcès se montra sur la paupière supérieure, s'ouvrit de lui-même et forma une fistule par laquelle les larmes s'écoulaient. Un stylet boutonné, introduit chaque jour entre l'œil et la paupière supérieure, pratiqua une voie aux larmes, qui cessèrent dès-lors de couler par la paupière. Tout le temps que le malade resta à l'usage du bouillon et d'aliments légers, les bourgeons charnus arrêtés dans leur développement végétèrent; à peine le malade fut-il remis à une bonne nourriture qu'ils s'accrurent rapidement et comblèrent le vide laissé par la tumeur.

La Gazette médicale de Paris, en analysant cette observation, rappelle combien il faut se garder de toucher avec les caustiques aux tumeurs de mauvaise nature quand ces agents ne doivent pas les détruire en totalité. La cautérisation à l'aide du nitrate d'argent, dont les bons effets n'ont jamais été observés par le chirurgien de Liége dans des cas semblables, ne peut en effet les guérir. Pour peu qu'une masse, qu'une surface cancéreuse, aient d'épaisseur, le nitrate d'argent devient impuissant à en opérer la destruction; cela ne prouve pas l'inefficacité des caustiques, mais cela prouve seulement que le nitrate d'argent est un caustique d'une trop mince énergie pour détruire même un cancer superficiel. Quant à la division de la paupière supérieure, c'est une complication qu'il faut éviter le plus possible en vue de la petite difformité qu'elle

laisse toujours, quelque exacte que soit la réunion ; mais il est évidemment des cas où une pareille considération est d'un faible poids en présence de la nécessité d'enlever un mal profond.

Les deux faits ci-dessous, cités par M. Chaumet, chirurgien en chef de l'hôpital St-André de Bordeaux (*Journ. de la Soc. royale de méd. de Bordeaux*, 1840), sont remarquables, non-seulement en ce qu'ils montrent, comme celui de M. Delvigne, le manque d'énergie du nitrate d'argent, mais en ce qu'ils établissent la possibilité d'opposer à certaines maladies de l'œil le fer incandescent.

Obs. I. — « Catherine Guimberteau, vingt-deux ans, domestique chez M. de Monchy, rue Gouvion, n° 6, portait une dégénérescence fongueuse au côté externe du globe oculaire gauche depuis plus de quinze mois. Cette tumeur, contre laquelle les cautérisations par le nitrate d'argent, pratiquées maintes fois par deux médecins spéciaux de cette ville, avaient complétement échoué, était, le 30 janvier, jour de son entrée à l'hôpital, du volume d'une grosse noisette, un peu aplatie, d'un rouge foncé, occupant le quart externe de la surface scléroticale, et s'étendant par un prolongement antérieur sur la cornée transparente, de manière à recouvrir la moitié du champ de la pupille. Non-seulement, comme on le présume bien, cette tumeur gênait déjà considérablement la fonction de l'organe, mais elle causait une difformité repoussante, en tenant constamment les paupières écartées. Du reste, peu de douleurs ; seulement, par temps, quelques lancements.

« Cette jeune malade fut soumise à quelques soins préalables et fut opérée le 2 février de la manière suivante :

« Après avoir emporté avec le bistouri convexe les portions les plus superficielles de la tumeur, nous excisâmes avec ménagement toute sa portion cornéale. Le sang qui s'écoulait en abondance nous força plusieurs fois à suspendre l'action de l'instrument tranchant, pour faire faire des ablutions répétées d'eau froide. Enfin, après avoir soigneusement abstergé, fait agir l'instrument en dédolant, nous arrivâmes aux couches les plus profondes, à la sclérotique; mais persuadés que le tissu de celle-ci n'était pas parfaitement sain, nous crûmes devoir recourir à l'action du fer rouge, et deux applications de stylets boutonnés incandescents furent immédiatement faites.

« La douleur, inséparable de l'action du feu, fut combattue par des lotions d'une eau opiacée froide, dont on imbibait des compresses pour recouvrir le front, renouvelées toutes les heures, et l'administration d'une potion avec soixante grammes de sirop d'acétate de morphine. La journée et la nuit qui suivirent l'opération furent assez calmes; toutefois, la saignée générale fut répétée deux fois durant les deux premières quarante-huit heures, et ce ne fut qu'au bout de plusieurs jours que cette malade commença à s'habituer à l'influence de la lumière.

« En définitive, consécutivement à de légères cautérisations pour réprimer les bourgeons charnus, l'instillation matin et soir du collyre avec l'acétate de plomb, et vers la fin, les instillations du calomel furent faites. Cette malade est sortie le 24 mars, entièrement rétablie. »

Obs. III. — « Ducournau (Anne), soixante ans, du Mont-de-Marsan, entra à l'hôpital le 18 septembre, pour un fongus considérable de l'œil gauche, apparu depuis plus de deux ans, après une inflammation conjonctivale in-

tense. Sous l'influence d'un traitement plus ou moins excitant, la tumeur, d'abord très-petite, s'est successivement accrue, au point que lorsque nous examinâmes cette malade, nous crûmes tout d'abord à une dégénérescence fongueuse du globe oculaire lui-même; mais un examen plus attentif nous fit de suite reconnaître que cette tumeur, du volume d'un œuf de pigeon, couchée horizontalement dans l'intervalle des paupières qu'elle tenait écartées, avait sa base en dehors du champ de la cornée, sur la sclérotique, vers le côté supérieur de l'œil, et la cornée n'était totalement recouverte que parce que la résistance de la paupière supérieure, incessamment opposée à cette espèce de champignon vasculaire, le forçait à se porter en bas et en avant.

« Cette malade, dont la santé générale était bonne d'ailleurs, sans autres soins préalables que le repos, la diète et l'usage de la tisane de chicorée, fut opérée le 20 septembre, par le procédé déjà suivi chez Guinberteau, à la seule différence que la dissection de la tumeur fut commencée et terminée avec des ciseaux, et que l'application du fer rouge fut plus étendue et plus durable.

« L'œil fut pansé et fut conduit de la même manière que dans le cas précédent; seulement on n'eut à faire qu'une seule saignée générale, à toucher légèrement les granulations celluleuses pour conduire cette malade à une rapide et parfaite guérison. »

3.) *Xérosis*. M. Rau, professeur à la Faculté de médecine de l'université de Berne, a recueilli (*v. Ammon's Monatsschrift*. — *Gaz. Méd.*) les deux cas suivants de xérosis de la conjonctive :

Obs. I.—Un garçon de dix ans, blond, d'un habitus scrofuleux, fut apporté en 1836 à M. Rau, pour une

affection particulière de l'œil, qui, d'après le dire du père, durait déjà depuis plusieurs mois. Le malade se plaignait d'une sensation désagréable aux deux yeux, qui, sans être douloureuse, le forçait continuellement de les frotter : sa vue était fatiguée par la fréquentation de l'école. L'enfant avait toujours été bien portant, sauf quelques très-légères inflammations des yeux ; maintenant ces derniers présentaient les particularités suivantes : la cornée était entourée d'un cercle mat, d'une ligne et demie de largeur et de l'épaisseur d'une carte à jouer, de loin, on aurait pris la maladie pour une opacité sénile. En examinant l'œil de plus près, on voyait que l'auréole qui entourait la cornée formait des saillies dans lesquelles on ne pouvait découvrir de vaisseaux injectés, même avec la loupe. Les limites entre la cornée et la sclérotique avaient presque disparu, de sorte que ce cercle ne formait que la continuation de la conjonctive scléroticale, dans laquelle on remarquait, indépendamment d'un réseau de vaisseaux fins, quelques autres vaisseaux plus gros, qui se dirigeaient en serpentant en arrière. La conjonctive étant terne, non transparente, complétement dépourvue d'éclat, il ne fut pas permis de juger l'état de la sclérotique. La conjonctive palpébrale était fortement injectée, comme dans les ophthalmies catarrhales ; on ne put découvrir aucune affection des glandes de Méibomius : en général, il n'existait aucune sécrétion muqueuse ; la caroncule lacrymale paraissait normale; la membrane clignotante, un peu plus développée, proéminait au-dessus de la sclérotique. Rien d'anormal aux points lacrymaux ; il paraissait aussi que les conduits lacrymaux n'étaient point malades ; car les deux yeux étaient humectés d'une manière normale ; néanmoins, la conjonctive, à l'exception de son centre où elle tapisse la cornée,

offrait partout un aspect trouble, mat et comme cadavéreux.

Ce fait offre cela de remarquable que les voies lacrymales sont restées saines, ce qui n'a jamais été noté dans les cas observés par Schmidt, Mackenzie, Jaeger, d'Ammon, Klingsohr, Travers, Jeanselme, Stœber, Duprez, etc. C'est à cette circonstance que les organes lacrymaux sont restés sains, que paraît devoir être rapporté l'état de cutisation *incomplète* (1); ce qui confirme dans cette opinion, c'est que, dans le cas suivant, la cutisation n'est devenue complète que lorsque l'occlusion des voies lacrymales est survenue à une période déjà assez avancée du mal.

Obs. II. — Un enfant âgé de 5 ans, de constitution forte, toujours bien portant, fut pris, d'après le dire des parents, il y a trois ans, d'une éruption de la tête s'étendant à la figure ; les paupières, fortement tuméfiées, restèrent pendant six semaines complétement fermées, et ne s'ouvrirent qu'après la dessiccation de l'éruption. Pendant quelque temps, l'enfant garda une rougeur des yeux ; celle-ci ayant disparu, la vue ne s'était rétablie qu'incomplétement à droite, tandis qu'à gauche elle était obscurcie. Dans ce moment, il n'existe d'éruption ni à la tête, ni à la figure, et pas le moindre symptôme d'une diathèse scrofuleuse ou d'une dyscrasie. Depuis la précédente oph-

(1) « Pour la formation de la xérophthalmie, dit M. Chélius (*Traité d'Oph.*, II, 392), deux conditions sont nécessaires : il faut qu'il y ait 1) *occlusion partielle ou totale des conduits excréteurs de la glande lacrymale*, et 2) inflammation chronique de la conjonctive. »

thalmie, les yeux sont restés complétement libres d'inflammation. L'œil gauche est dans l'état suivant : La conjonctive, dans toute son étendue, est complétement sèche, terne, et ressemble à du cuir. Elle a tant de ressemblance avec l'épiderme, qu'à plusieurs endroits, mais surtout au-dessous de la cornée, elle est couverte d'une grande quantité d'écailles fines, qui, comme dans la dartre furfuracée, se laissent facilement détacher par un léger frottement avec le bout du doigt. L'œil est si insensible qu'on peut le toucher à volonté, sans que le malade cherche à fermer les paupières.

La conjonctive de la sclérotique devient bleuâtre vers la cornée, de grise-mate qu'elle était. La conjonctive de la cornée est un peu transparente, mais pas assez pour reconnaître distinctement l'iris, encore moins peut-on distinguer la pupille.

Tout autour de la cornée on remarque que la conjonctive est soulevée, et lorsque le malade cherche à fermer les yeux, on aperçoit des replis de la conjonctive qui embrassent le segment inférieur ou supérieur de la cornée; le repli supérieur dépasse même le milieu de la cornée; si on tire sur les cils de la paupière supérieure pour abaisser celle-ci directement, le repli de la conjonctive se retire bientôt dessous elle; mais lorsqu'on tire les deux paupières directement en avant, alors l'espace entre la conjonctive palpébrale et oculaire est considérablement diminué par le défaut de la longueur du repli dont nous venons de parler. Ce défaut de longueur est tel vers les angles des yeux, que les paupières y semblent intimement liées au globe de l'œil; il existe donc à la fois une lagophthalmie et un symblépharon.

La conjonctive oculaire ne laisse apercevoir quelques petits vaisseaux légèrement injectés, qu'à son angle de jonction avec la conjonctive palpébrale. La conjonctive

palpébrale offre les mêmes apparences que la conjonctive oculaire; seulement la couleur en est un peu moins grise; elle est rouge, pâle, et sa superficie n'est pas entièrement privée d'éclat et ressemble à du suif.

La caroncule lacrymale est complétement atrophiée, plate, de couleur grise et on ne peut pas la distinguer de la membrane clignotante. Le point lacrymal supérieur est invisible; l'inférieur, sans être entouré d'une glande, se distingne par un léger enfoncement qui se trouve au bord normal de la paupière. En pressant sur le sac lacrymal, on ne peut en faire sortir la moindre humidité. Lorsque l'enfant pleure, l'œil gauche reste complétement sec, tandis que les larmes sont abondantes à droite. Le sécrétion de la membrane muqueuse du nez n'est pas complétement abolie à gauche ; les mouvements du globe de l'œil ne sont pas gênés. Sauf un leucôme central, l'œil droit est complétement normal.

4.) *Obscurcissement de la cornée.*— Les bons effets de l'huile de foie de morue dans la perte de transparence de la cornée (Pannus celluleux) ont été rappelés par MM. Cunier (*Ann. d'Oculist.*, vol. IV), Delcourt (*Ann. de la Société de méd. de Gand*).

MM. Giet. Von Kriss. Cunier (*Ann. d'Oculist.*. II, p. 184. 187, IV. p. 292). Sotteau (*Bulletin de la Société de méd. de Gand*, 1841), Hairion (*Ann. d'Oculist.*, IV, p. 116) ont rapporté de nombreux faits où le pannus vasculaire était entretenu par des granulations de la paupière supérieure, et a disparu sous l'influence du traitement dirigé contre la dégénérescence de la muqueuse palpébrale. M. Riberi a fait paraître à Turin une monographie de cette variété du pannus (*della ceratitide prodotta della degenerazione granellosa della congiuntiva palpebrale, con osservazioni*, in-8° de 52 pages).

L'hydriodate de potasse a été essayé par MM. Cunier et Hairion (*Ann. d'Oculist.*, IV) dans les obscurcissements de la cornée, surtout dans ceux qui sont leucomateux. M. Guépin (*Journ. de la sect. de méd. de la Société Acad. de la Loire-Inf. l. c.*) ne s'en loue pas autant qu'eux et M. Chélius (*Traité d'Ophth.*)

Nous connaissons, par les notices de M. Fallot (*Ann. d'Oculist.*, III, p. 221, V, p. 75), les essais de MM. Jaeger et Piringer, pour guérir le pannus charnu par l'inoculation de la matière blennorrhagique. M. Fallot a mis ce moyen en usage, mais sans succès; il a alors eu recours à l'attouchement direct avec le nitrate d'argent fondu, et son malade a récupéré la vue. (*Ibid.* V, p. 127).

5.) *Hyperkératose.*—D'après le docteur A. Dall'-Acqua (*Annali. univ. di Med.*, 1841), le staphylôme pellucide de la cornée serait le résultat d'un ramollissement, ou plutôt d'un défaut de cohésion et d'un amincissement des lames centrales de la cornée, avec hypersécrétion et altération de l'humeur aqueuse, résultant de la perversion de l'influx nerveux des nerfs ciliaires, qui président à la nutrition de l'œil; sous l'influence de ce désordre dans l'action dynamique des nerfs, la force plastique et l'élaboration de la matière organique se trouvent altérées ou viciées. Partant de cette explication, M. Dall'Acqua propose d'agir d'une manière vitale sur l'altération de nutrition du tissu cornéen, c'est-à-dire de produire une action vasculaire momentanée et renfermée dans les limites d'une salutaire excitation. Il fait choix du nitrate d'argent en application locale, non pour produire une escarre, comme M. Pétrequin (*Annales d'Oculistique*, IV. p. 128), mais pour modifier la nutrition

des parties malades. Dans le seul cas qu'il rapporte, il n'a pas employé que ce moyen : une compression méthodique, l'évacuation de l'humeur aqueuse, indépendamment d'un traitement sialagogue, furent concurremment mis en usage, si bien que dans le fait unique, et trop brièvement rappelé par l'auteur, on ne sait auquel de ces moyens attribuer rationnellement la plus grande part du succès.

Le docteur Fario (1) a proposé l'opération suivante, dans le staphylôme pellucide de la cornée : à l'aide d'un kératotôme à deux tranchants, il incise dans l'étendue de deux lignes toute l'épaisseur de la cornée, à la portion externe de sa circonférence, pénétrant avec la pointe du kératotôme dans la chambre antérieure ; la direction de cette incision est de haut en bas, et de dedans en dehors. Une autre incision vient rencontrer celle-ci à angle, en bas et en dehors, formant ainsi un lambeau triangulaire ou en V. Alors le sommet du V est coupé avec des ciseaux, de manière à produire dans la cornée une déperdition de substance qui donne incessamment passage à l'humeur aqueuse. L'œil est ensuite tenu fermé au moyen de bandelettes agglutinatives ; le malade est condamné à l'obscurité pendant huit jours. Après ce temps, l'humeur aqueuse ne s'écoule plus, la cicatrice est complète, et la cornée reste affaissée.

M. Hairion (*Annales d'Oculistique*, IV, p. 118) a parlé d'une forme anormale de la cornée. Elle est toujours accompagnée d'opacité et ordinairement aussi de vascularisation. M. Hairion

---

(1) Memoriale della med. contemp. Gaz. méd.

« l'attribue au ramollissement, au défaut de consistance de la membrane, à la suite de l'ophthalmie purulente, qui fait que, cédant à la moindre pression, elle prend des formes diverses, suivant que la force à laquelle elle se trouve soumise la porte dans tel ou tel sens.» Cette affection avait déjà été décrite par M. Rosas, sous le nom *d'atonie de la cornée*, p. 733 du 2e volume de son *Handbuch der theoretischen und praktischen Augenheilkunde.* Vienne, 1830. C'est une variété de l'hyperkératose.

M. Van Roosbroeck, dans un certificat délivré à un milicien, dit avoir découvert une variété non encore décrite et inconnue (sic) de déformation de la cornée : il l'a appelée *cylindriops* !!. Nous avons eu occasion de voir l'individu qui en est porteur. C'est un musicien du théâtre de Gand; il offre un exemple de la déformation que présentaient les yeux de Franklin, et il ne peut lire qu'avec des lunettes du nom de ce grand homme, lunettes qu'il confectionne lui-même.

6.) *Tumeur de la cornée transparente.* — Une fille de 20 ans, qui a été vue par Delvigne (*loco citat.*), portait sur la cornée transparente, un peu en dehors de l'axe pupillaire, une petite tumeur de la grosseur de deux têtes d'épingle, d'un blanc grisâtre, formée d'une substance molle qui se détruisait aisément sous le doigt. — La position de la tumeur et les frottements de la paupière supérieure entretenaient l'œil dans un état de rougeur et de sensibilité continuelles. — M. Delvigne saisit cette production avec des pinces, et l'enleva d'un coup de bistouri.

« M. Delvigne propose de donner à cette maladie, « dont on ne fait presque pas mention, dit-il,

« dans les traités d'ophthalmologie, et qui est en-« core généralement inconnue », le nom de *tophus de la cornée transparente.* « Il la considère comme une concrétion produite par le phosphate de chaux et de soude, auquel se trouve quelquefois ajouté l'hydrochlorate de soude avec excès de soude, et entourée d'une espèce de mucilage. » Notons que ce n'est point sur une analyse chimique de la production enlevée que M. Delvigne base son opinion.

7.) *Staphylôme de la cornée.* M. Van Onsenoort a fait connaître dans son journal (1840, vol. 11, p. 490) le procédé opératoire qu'il emploie pour enlever le staphylôme sphérique total de la cornée, maladie qu'il a fréquemment observée à la suite de l'ophthalmie des armées. Le célèbre ophthalmologue hollandais a essayé toutes les méthodes connues et donne en définitive la préférence à l'instrument tranchant. Pendant longtemps, il formait un lambeau à la partie inférieure de la cornée et enlevait ensuite la partie supérieure de cette membrane avec les ciseaux ; mais ayant remarqué qu'aussitôt que l'incision a été pratiquée avec le couteau, l'œil fuit sous la paupière supérieure et rend impossible le second temps de l'opération, il a modifié son procédé. Il fait aujourd'hui l'incision à la partie supérieure, comme pour la kératotomie, d'après le procédé de Brisseau, attribué dans ces derniers temps à M. Jaeger ; il enlève avec les ciseaux le lambeau inférieur. Le couteau de M. Van Onsenoort a une forme particulière et sa largeur est calculée de manière à ne pas exposer à blesser la paupière supérieure.

M. Guépin (*Journ. de la section de méd. de la Loire-Inférieure,* vol. XVII, liv, 79, p. 260) a employé le fer rouge dans deux cas de staphylôme

fibreux de la cornée, et il en a retiré de très-bons résultats. Chez ses autres malades, il a mis en usage le nitrate d'argent en crayon, selon la méthode de M. Pétrequin (*Ann. d'Oculist.*, IV, p. 128). Dans un cas de staphylôme pellucide, dont l'extrémité avait cependant perdu sa transparence, M. Guépin a fait suivre la cautérisation de la distension forcée de la pupille. (Voir plus bas, à *l'article pupille artificielle*.)

8.) *Occlusion de la pupille.—Pupille artificielle.* — Si l'opération de la pupille artificielle échoue souvent, dit M. Sichel (*Bulletin thérapeutique*, mars 1841), cela tient plus fréquemment à ce qu'elle est souvent entreprise dans des circonstances qui ne permettent pas d'espérer du succès, ou d'après des méthodes vicieuses, qu'à une imperfection inhérente à l'opération elle-même. On peut au contraire affirmer avec raison, selon lui, qu'elle a acquis toute la perfection désirable, et qu'il ne s'agit plus d'inventer des méthodes nouvelles, mais seulement de choisir parmi celles existantes, en y appliquant une critique sage et rigoureuse.

D'après cet oculiste, deux méthodes suffisent parfaitement pour pratiquer avec succès cette opération, dans tous les cas où l'opacité complète de la cornée, la désorganisation de l'iris ou celle des membranes internes n'en rendent pas la réussite radicalement impossible. Ces deux méthodes sont, 1° le décollement de l'iris, ou *iridodialysie;* 2° son excision ou iridectomie.

« L'iridodialysie peut, en général, se pratiquer « toutes les fois qu'il s'agit d'établir une pupille « vers le côté interne supérieur, ou interne inférieur; l'iridectomie, au contraire, quand l'ouver-

« ture artificielle doit occuper le côté externe, « externe supérieur ou externe inférieur de l'iris.

« Pour faire le décollement, il faut ouvrir la cor- « née plus ou moins près de son centre, dans la « plus grande étendue possible, mais qui ne doit « pas occuper plus de deux millimètres ; il faut « introduire dans la chambre antérieure une petite « érigne, saisir l'iris à sa jonction avec la choroïde, « le décoller ; extraire la portion saisie et la fixer « entre les lèvres de la plaie cornéenne.

« Pour pratiquer l'iridectomie, il faut ouvrir la « chambre antérieure plus ou moins latéralement, « selon la situation de la portion transparente de la « cornée, y introduire des pinces fines, fermées; « les ouvrir, presser légèrement sur l'iris avec les « mors écartés pour faire saillir entre eux un pli « qu'on saisit en les serrant, puis extraire et exciser « ce pli aussi près que possible des bords de la « plaie. » (*Encyclographie*, 4e s., vol. VI, p. 168).

M. Sichel annonce que dans une monographie de cette opération, qu'il se propose de publier, il exposera ultérieurement tous les détails de la manœuvre et les indications à remplir. Les deux méthodes qui viennent d'être indiquées n'ont jamais manqué de lui donner un succès complet quand l'état de l'œil permettait de le prédire.

Distension forcée de la pupille, tel est le nom donné par M. Guépin (*de Nantes*) à l'opération suivante, qu'il a fait connaître dans le *Journal de la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure* :

« Le malade étant placé comme pour l'opération « de la cataracte, on plonge un petit couteau, à « lame très-étroite et concave, dans la partie trans- « parente de la cornée, à sa jonction à la scléroti-

« que, et on le fait sortir à 5 millim. de son « entrée sur un autre point de la cornée, où on « pratique ainsi une incision qui réunit les deux « ouvertures. Cette incision doit être pratiquée de « préférence à la partie inférieure, si ce point con« serve de la transparence. L'incision seule peut « suffire quelquefois, dans ce dernier cas, pour ob« tenir une hernie de l'iris ; mais le plus souvent il « est nécessaire d'y joindre l'excision d'un petit « lambeau. Cette seconde partie de l'opération peut « se pratiquer avec un couteau, avec des ciseaux, « ou enfin avec un emporte-pièce que l'auteur a fait « construire à cet effet. Cette opération termi« née, il se produit une hernie de l'iris dans l'ouver« ture béante de la cornée, et si cette hernie n'a « pas lieu, on cherche à la produire en étendant « sur la paupière supérieure une petite quantité « d'extrait de belladone. Vers le troisième ou le « quatrième jour, on cautérise légèrement la her« nie, de manière à déterminer une faible inflam« mation, puis des adhérences qui la fixent d'une « manière définitive. »

Le résultat de l'excision d'un petit segment de la cornée est donc de produire la distension de la pupille, de lui donner une forme elliptique au moyen de la hernie, et de lui permettre ainsi de recevoir les rayons lumineux qui traversent la cornée transparente. Cette opération ne peut être pratiquée que dans les leucomes occupant le centre de la cornée, la pupille n'étant d'ailleurs pas oblitérée ; il faut, suivant l'auteur, que la cornée soit encore transparente dans un tiers de sa surface.

Le procédé de M. Guépin est une heureuse modification de celui d'Adams, et non pas de Himly, comme l'a dit à tort M. Sichel (*Bull. thérap.*, art.

cit). Adams est le premier qui ait indiqué le déplacement de la pupille naturelle, lorsqu'un leucome occupe le centre de la cornée. Cette membrane étant ouverte, cet oculiste exerce sur le globe une légère pression, qui détermine la procidence de l'iris, qu'il saisit avec des pinces, attire davantage au dehors, et enclave ainsi dans la plaie de la cornée. (*Treatise on artificial pupil.* London, 1819.) — Himly a ouvert la cornée avec un couteau en faucille, a saisi le bord pupillaire avec un crochet simple, et l'a aussi enclavé dans la plaie de la cornée (*Bibliothek fuer die Ophthalmologie.* Bd. I, s. 1, p. 178). — Comme on le voit, l'opération de M. Guépin a moins de rapport avec le procédé de Himly qu'avec celui d'Adams; l'excision d'un lambeau de cornée par l'emploi d'un emporte-pièce est une modification de la conduite conseillée par l'oculiste anglais. Nous avons eu l'occasion d'en apprécier récemment tous les avantages dans un cas où M. Cunier a mis en usage le procédé de M. Guépin, en présence de MM. les docteurs Hanau, Rucloux, etc.

Nous ne croyons pas pouvoir nous abstenir de faire connaître quelques-uns des résultats obtenus par notre habile confrère de Nantes (*Revue des Spécialités*, mars).

Obs. I.—*Leucoma, suite de petite-vérole*, chez Hallié, de Guerrouet (Loire-Inférieure). L'œil était inutile depuis 25 ans. Aussitôt l'incision faite, la hernie de l'iris a eu lieu; l'adhérence s'est formée, suivant le mécanisme décrit. La vue a été rétablie au bout de 3 jours. Cependant, depuis, la pupille déformée s'est rétrécie par la rétraction de l'iris, et le malade est un peu myope.

Obs. II. — Le Roi, portefaix à Nantes. Opacité de la

cornée transparente par suite de cautérisations mala droites. La section a été faite en haut de l'œil droit, si l'on en juge d'après la planche, car l'observation manque de détails suffisants. Dans l'ouverture pratiquée, il a introduit la lame d'un emporte-pièce afin d'agrandir cette ouverture en enlevant un petit lambeau semi-lunaire. Au bout de 2 heures, hernie complète, etc.; 4 jours après, vision assez rétablie pour que le malade distinguât les objets d'un côté de la rue à l'autre. Nul accident, si ce n'est une sécrétion albumineuse puriforme bientôt résorbée dans les chambres de l'œil.

Obs. III.—Merlin, tailleur de pierres. Leucome suite d'ophthalmie traumatique. Comme M. Guépin désirait conserver à la pupille de la mobilité, il voulut occasionner une hernie très-petite. En conséquence, incision étroite, lambeau semi-lunaire médiocrement large. Ces deux conditions exigent des précautions pour être réalisées : il est plus facile de couper un lambeau étendu. 5 jours après, Merlin lisait le caractère *petit romain*; il reprit son métier de tailleur.

Obs. IV. — Elle a la plus grande analogie avec la première.

Obs. V. — Louis Chapeau, cordonnier à Nantes; 35 ans. Sept ans de maladie, réussite moins complète. OEil droit en partie cataracté, adhérence de la capsule cristalline avec les deux tiers de l'iris. OEil gauche recouvert d'une cicatrice. Inflammation consécutive et beaucoup plus durable que chez les autres opérés.

Obs. VI. — Maçon ayant perdu l'œil droit par suite d'une explosion de mine. Cicatrice de la cornée dans le tiers supérieur. Adhérence de la capsule cristalline à la cornée, oblitération de la pupille. Opération ; pas d'accidents. Malgré les circonstances les plus défavorables, le malade voit assez de cet œil pour se conduire.

M. Van Onsenoort (*Nederlandsch Lancet*, février 1841) pense que le procédé de M. Guépin doit donner lieu à un obscurcissement consécutif de la portion de cornée demeurée transparente, ce qui détruirait les bénéfices de l'opération.

Ainsi que l'a dit récemment M. Cunier, dans une lettre adressée à l'Académie des Sciences de Paris (1), aucun traité français ne fait mention du procédé pour le déplacement pupillaire que notre savant confrère hollandais a fait connaître en 1822 (*Annales de la Médecine physiologique de Broussais*, tome II, p. 97 de la contrefaçon de Bruxelles), et depuis lors dans sa monographie de la pupille artificielle (2), publiée en 1829, ainsi que dans un mémoire inséré dans le 1er volume supplémentaire, page 179, année 1823, du journal qui paraît à Gorinchem, *Practisch Tydschrift voor den geheelen omvang der Geneeskunde, door Moll en Van Eldik*. M. Van Onsenoort a cru devoir protester dans son journal (1840-41, page 471) contre l'oubli où les auteurs français et allemands laissent sa méthode opératoire. Ceux de nos lecteurs qui ne la connaissent point, nous sauront gré de ce que nous leur apprenions en quoi elle consiste. Supposons que le déplace-

---

(1) Myotomie oculaire dans les cas d'obscurcissement de la cornée nécessitant le déplacement de la pupille; lettre adressée aux Académies des Sciences de Bruxelles et de Paris; par Florent Cunier. (Gazette médicale de Paris, 25 septembre 1841. — Annales d'Oculistique, vol. V, p. 202. — Encyclographie, octobre. Sociétés savantes.)

(2) Bydragen tot de geschiedenis der vorming van eenen kunstigen oogappel in het algemeen, en die voor Nederland in het bijzonder, enz. Utrecht, 1829.

ment doit avoir lieu en dehors. — A l'aide d'une aiguille à cataracte à double tranchant, M. Van Onsenoort ponctionne la sclérotique comme pour l'abaissement ; il retire alors l'instrument, et introduit par l'ouverture qu'il vient de pratiquer un crochet, très-petit et très-fin, dont il dirige la coubure en avant, afin d'éviter de léser la cristalloïde. Dès qu'il aperçoit dans la pupille la partie recourbée de son crochet, il le dirige de manière à saisir le bord pupillaire externe, et en retirant son instrument il amène l'iris entre les lèvres de la plaie scléroticale. — M. Van Onsenoort a pratiqué selon cette méthode le déplacement pupillaire soit en bas, soit en haut, soit en dehors.

M. Emden a proposé une opération analogue à celle de M. Van Onsenoort : *Pupilla etiam per scleroticam dislocari potest*, dit-il, page 32 de sa *Dissertatio inauguralis de Raphiancistro, nova instrumento ad novam coremorphoseos methodum perficiendam.* (Gottingæ, 1818). Voici comment il décrit l'opération :

« Extendatur nempe pupilla ante curationem extracti Hyosciami ope, tunc instrumento in oculum immisso, et margo pupillaris externus hamulo paullulum prolato, arripiatur, et in scleroticae vulnus ducatur; qua ratione magnam dislocatamque pupillam adipiscimur.

« Per scleroticam curationem ei per corneam esse preferendam opinor, ubi in leucomate centrali, pupilla normalis, *lens vero cataractosa* adest, nam in methodo per corneam bis diverso tempore curationem admitti oportet. »

La méthode de M. Van Onsenoort et celle de M. Emden ont, il est vrai, une grande analogie ; mais celle du professeur hollandais nous a toujours

paru préférable, à cause de la simplicité des instruments et partant du manuel; l'expérience ne nous a que trop appris à nous mettre en garde contre les instruments compliqués, et le *raphiancistron* ne l'est que trop.

Nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer que dans le plus grand nombre de cas où le déplacement pupillaire selon les méthodes d'Adams, Himly, Emden, Van Onsenoort, Lusardi ou de M. Guépin, aurait été employé autrefois, il est suffisant de déterminer un strabisme selon le conseil de M. Cunier (*Ann. d'Oculistique*, V, p. 176-200 et 266, *Bull. méd. belge*); dans les cas où le déplacement pupillaire serait insuffisant, la combinaison des deux procédés pourra être suivie de succès. Telle est aussi l'opinion de M. Guépin (*Journal de la section de méd. de la Société académique de la Loire-Inférieure*).

La communication suivante, faite par M. le professeur Serre à la Société de médecine pratique de Montpellier (v. journal de cette Société, 1841, p. 159), trouve naturellement ici sa place. Ces deux nouveaux succès, à ajouter à ceux déjà obtenus par la méthode de M. Cunier (*v. Ann. d'Oculistique*, septembre 1841), méritent d'être connus. Voici la lettre de M. Serre :

« J'ai l'honneur de vous informer que je viens de pratiquer à l'hôpital St-Eloi la myotomie oculaire chez deux malades qui présentaient sur la cornée transparente des taches assez prononcées pour intercepter, en partie le passage des rayons lumineux. Le premier, le nommé Fleys, m'ayant fait remarquer, au moment même où je l'examinais, que, lorsqu'il portait l'œil droit en dedans, il distinguait les objets d'une manière assez distincte,

j'eus l'idée sur-le-champ de produire chez lui un strabisme convergent, en faisant la section du muscle droit externe. En effet, dès le lendemain (19 octobre), ce projet fut mis à exécution ; à l'instant même, l'œil s'étant incliné en dedans, le malade s'aperçut que la vue était devenue plus nette. Depuis lors aucun accident ne s'est manifesté : le globe de l'œil se dirige de plus en plus vers l'angle interne de l'orbite, et le nommé Fleys y voit de mieux en mieux.

« Encouragé par ce premier succès, je me suis cru autorisé, quelques jours après, à pratiquer la section du muscle droit supérieur sur une fille de 15 ans : l'œil gauche avait été détruit par la petite-vérole, tandis que l'œil droit offrait à la partie moyenne de la cornée, au devant même de la pupille, un albugo qui ne permettait à la malade de se conduire qu'en dirigeant avec force le globe oculaire vers la partie inférieure de l'orbite. Dès que le muscle droit supérieur a été coupé, l'œil a changé de position, et la tache de la cornée s'est trouvée à demi cachée par la paupière inférieure : aussi cette jeune fille y voit aujourd'hui par la partie supérieure de la pupille, et distingue déjà des objets qu'elle n'aurait pas reconnus avant d'être opérée. Cette opération a été encore plus simple que la première ; elle n'a pas causé même la plus légère inflammation.

« . . . . Parmi les applications diverses de la section des muscles de l'œil, il en est peu, ce me semble, qui soient aussi rationnelles que celle qui a pour but de mettre la pupille en rapport avec une portion de la cornée encore transparente. La myotomie oculaire a surtout, dans ce cas, le grand avantage de pouvoir être substituée à l'opération de la pupille artificielle, qui a été et sera toujours une opération aussi chanceuse que difficile.

« J'ose espérer, messieurs, que cette communication vous intéressera, ne serait-ce que par l'attrait de la nouveauté. Je ne connais jusqu'à présent que M. le docteur Cunier, de Bruxelles, qui ait pratiqué la section des muscles pour un pareil motif. (1) »

M. Maunoir, de Genève, a donné (*Ann. d'Oculistique*, V, p. 17), l'histoire de deux pupilles artificielles pratiquées suivant sa méthode, et accompagnées de circonstances des plus intéressantes. Des faits, aussi fort remarquables, ont été communiqués au même journal par M. Carron du Villards (I, p. 185, II, p. 156, III, p. 94).

En Belgique, MM. Sotteau, Hairion et Van Roosbroeck, ont publié quelques remarques sur l'opération qui nous occupe.

M. le docteur Sotteau a rapporté (*Bull. de la Soc. de méd. de Gand*) deux observations de pupilles artificielles pratiquées avec succès. Le premier opéré avait l'œil droit atrophié; l'œil gauche était le siége « d'un staphylôme considérable, » un segment d'une ligne et demie de la cornée était resté transparent; ce segment était l'inférieur; M. Sotteau y a établi une pupille. « Cet endroit n'est pas « avantageux, dit-il, à cause de la paupière, qui « remonte assez haut sur la cornée pour se placer « devant la pupille. Je vois cependant avec plaisir « que cet individu s'habitue à regarder en haut, de

(1) MM. Pétrequin et Guépin ont, comme M. Serre, mis en pratique l'opération de M. Cunier (Ann. d'Oc., septembre 1841.)

« manière à élever la pupille au dessus de la paupière,
« et je ne doute nullement que cet inconvénient ne « se dissipe avec le temps. » — Voilà un cas dans lequel le strabisme artificiel, produit selon la méthode de M. Cunier, eût immédiatement permis à la vision de s'exercer.

Dans la seconde observation de M. Sotteau, il s'agit d'une malade dont la moitié inférieure de la cornée droite était recouverte par une taie; « un staphylôme du centre de la cornée » existait à gauche; un segment de deux lignes était resté intact. C'est dans la partie en rapport avec ce segment que M. Sotteau a fait éprouver à l'iris une large perte de substance; la réussite a été complète, dit-il; « la nouvelle pupille présente une forme semi-lunaire fort régulière et permet à la malade de distinguer déjà (le 15e jour) assez bien les objets qu'on lui présente. » — M. Sotteau n'a rien tenté sur l'œil droit, qui, nous paraît-il, eût dû être choisi pour l'opération.

M. Sotteau n'entre dans aucuns détails sur le procédé opératoire qu'il a mis en usage.

M. Hairion a également pratiqué plusieurs opérations avec succès; il en a donné l'histoire dans les *Annales d'Oculistique*, décembre 1840.

M. Van Roosbroeck (*Annales de la Soc. des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles*) a jeté sur l'opération de la pupille artificielle un *coup-d'œil* qui n'embrasse rien qui ne soit connu, et qui ne s'est pas arrêté sur une multitude de notions indispensables, de procédés opératoires qui ont aujourd'hui cours dans la science. Quelques journaux, entre autres la *Nederlandsch Lancet*, font remarquer que les traités qui ont servi

de canevas à M. Van Roosbroeck (Sanson, Chélius, Blasius surtout, etc.) renferment les mêmes omissions (1).

M. Riberi (*Repertorio delle Scienze mediche del Piemonte*, 1841) a rencontré chez un de ses opérés cette particularité que l'ouverture artificielle jouissait d'une contractilité analogue à celle de la pupille naturelle. Ce fait paraît à M. Riberi une démonstration de la nature vasculo-érectile de l'iris.

Enfin, M. Cunier a obtenu quelques résultats heureux par la méthode de Lusardi. (*Annales d'Oculistique*, vol. IV).

Nous ne manquons certes pas d'instruments pour la confection de la pupille artificielle ; M. Gruelmann, médecin dans la marine des Pays-Bas, trouve (*Ned. Lancet*, 1841) que ceux pour mettre en pratique les méthodes de Langenbeck et Himly sont insuffisants ; il en a imaginé un dont le mécanisme est le même que celui figuré par M. Emden dans sa *Dissertatio de Raphiancistro* (Gottingæ, 1818); nous devons cependant dire que la disposition de quelques vis a été changée, de manière à ce que l'instrument tienne aussi quelque peu du labidobelanonkistron de Nowicki (*Tractatus de pupilla vicaria*. Varsovie, 1818). M. Grullmann ne cite ni l'un ni l'autre de ces auteurs.

---

(1) Voici ce qu'on lit dans la *Nederlandsch Lancet.*, 1840-41, page 481 : « Doch Blasius, in zyn *Handwörter-* » *buch der gesammten Chirurgie und Augenheilkunde*, « noch Van Roosbroeck, welke de *Duitsche Monographie* « *betrekkelyk de vorming van den kunstigen oogappel*, « *zoo getrouwelyk* aan de Société des Sciences médicales et « naturelles de Bruxelles *heeft doen kennen*, maken hier- « van (du procédé de M. Van Onsenoort) geene melding. »

9) *Staphylôme de la sclérotique.* — On trouvera ci-dessous, à l'article *cataracte;* les détails anatomiques les plus curieux et les plus instructifs, sur un cas de staphylôme de la choroïde observé par M. Sichel.

10) *Cataracte.—a.) Nature et siége.*—Une lettre adressée par M. Malgaigne à l'Académie royale de médecine de Paris, a donné lieu à une polémique entre ce médecin, M. Sichel et M. Leroy d'Etiolles. M. Cunier a reproduit dans ses *Annales d'Oculistique* (novembre 1841) toutes les pièces du procès, dans lequel il est intervenu en mettant au concours la question suivante :

Déterminer par des recherches d'anatomie pathologique le siége et la nature de la cataracte. S'attacher surtout à l'examen critique de l'opinion récemment émise par M. Malgaigne.

Un travail de M. Sichel, inséré dans l'*Esculape*, (1841, nos 9, 10 et 11) sera du plus grand secours aux concurrents, qui trouveront encore d'importants éléments dans les *Klinische Darstellungen* de M. d'Ammon (vol. I.). Sous le titre de *Études sur l'anatomie pathologique de l'œil et surtout sur celle de la cataracte*, le professeur de Paris a publié l'observation que nous allons reproduire avec les réflexions dont elle est accompagnée. M. Sichel a placé les résumés et les conclusions en tête de son observation; nous n'intervertirons point cet ordre.

« 1° *La cataracte capsulaire*, beaucoup plus rare que la cataracte lenticulaire, ne peut cependant pas être mise en doute ; ses caractères sont bien dessinés, faciles à saisir, et tout à fait différents de ceux de la cataracte lenticulaire. C'est surtout l'épaississement et l'élévation de la capsule, son opacité par

stries ou par plaques et les teintes plus ou moins tranchées qui la caractérisent.

« 2° *La cataracte capsulaire postérieure*, si elle existe (car il est permis d'en douter, dit M. Sichel), est infiniment plus rare que la cataracte capsulaire antérieure; on prend facilement et généralement pour elle la *cataracte corticale postérieure*, laquelle, comme la cataracte corticale, en général, se caractérise par des stries opaques, superficielles, sans élévation, d'ordinaire convergentes vers le centre et présentant parfois un certain éclat nacré. La dissection seule a fait reconnaître à M. Sichel l'erreur de diagnostic qu'il avait commise dans le cas qu'il rapporte ; il s'est mis en garde, depuis lors, contre ce genre d'erreur, qu'il n'a plus commise, « grâce à de nombreuses autopsies » (1).

« 3° La cataracte capsulaire doit son origine à un travail inflammatoire. Dans l'observation qui va être rapportée, il y avait sur l'œil affecté de cataracte capsulaire un staphylôme postérieur de la choroïde fort étendu, avec d'autres altérations dues à

(1) M. d'Ammon a donné fig. 2, planche XI, de ses *Klinische Darstellungen* (vol. I), le dessin d'une cataracte capsulaire postérieure, disséquée par lui; les portions opaques formaient, par leur réunion, un véritable cercle. La fig. 5, même planche, représente une cataracte capsulaire centrale postérieure, aussi examinée après la mort. La fig. 8 offre une capsule postérieure, disséquée, et qui était aussi opaque. M. Cunier possède dans sa collection une cataracte capsulaire postérieure entièrement opaque, avec végétations formant couronne à partir des bords; le cristallin était sain, et la capsule antérieure commençait à se troubler. La malade avait été opérée par lui d'une semblable cataracte de l'œil droit, huit mois avant la mort, survenue à la suite d'une fracture des côtes.

une phlegmasie intense des membranes internes, tandis que dans l'œil affecté de cataracte lenticulaire, ces altérations, consécutives à la phlogose, n'existaient qu'à un très-léger degré. M. Sichel a rencontré plusieurs cataractes capsulaires accompagnées de semblables lésions anatomiques survenues à la suite d'ophthalmies internes ; dans ses nombreuses dissections de cataractes lenticulaires, il n'a trouvé que très-exceptionnellement des signes de phlegmasie interne. »

De ces circonstances comparées entre elles, M. Sichel se croit en droit de conclure que la cataracte lenticulaire n'est que la suite du progrès de l'âge ou d'autres causes inconnues, tandis que la cataracte capsulaire est le résultat de la phlegmasie de la cristalloïde. Il est d'ailleurs facile de constater sur le vivant cette dernière partie de sa conclusion, la cataracte capsulaire se formant fréquemment sous les yeux de médecin pendant l'inflammation de la cristalloïde. Ce n'est qu'exceptionnellement que la phlegmasie, s'emparant des portions de la surface du cristallin, le rend opaque.

« 4° La teinte jaune d'ambre du noyau du cristallin, ordinaire vers l'âge de 40 ans, est indépendante de l'opacité de ce corps, bien qu'elle puisse se conserver et même augmenter pendant la cataracte. Sur le vivant les cristallins de cette couleur paraissent plus ou moins verdâtres. C'est cette coloration particulière du noyau qui jette sur le fond de l'œil un reflet variable simulant une cataracte pour ceux qui ne connaissent pas cette circonstance. C'est elle aussi qui donne le reflet jaunâtre et luisant aux cataractes corticales postérieures, qui, en elles-mêmes, sont blanches ou d'un blanc grisâtre, comme on le

voit en les disséquant et en les examinant par leur surface postérieure.

« 5° *L'interstice entre la capsule antérieure et le cristallin ainsi que le liquide interstitiel* (humeur de Morgagni), existent réellement, mais dans une étendue variable, selon certaines circonstances, comme, par exemple, le volume plus ou moins fort du cristallin, etc.

« 6° Les cataractes partielles en forme de triangles ou de prismes, dont les côtés changent de position selon la place de l'observateur par rapport à l'œil malade, dépendent de la déhiscence du noyau du cristallin, les couches corticales conservant leur intégrité. Ces cataractes sont des plus rares; on les confond aussi avec la cataracte capsulaire postérieure.

« 7° *Le staphylôme postérieur de la choroïde* (staphyloma posticum scleroticae, de Scarpa) est la suite de l'inflammation de la rétine et de la choroïde; quelquefois même de la sclérotique, de l'amincissement de ces membranes et de leur adhérence entre elles. Cette adhérence est quelquefois incomplète, plus souvent complète. Quelquefois les trois membranes sont adhérentes; le plus fréquemment l'adhérence n'a lieu qu'entre la sclérotique et la choroïde; cette dernière s'altère la première et le plus fortement et se trouve décolorée.—La partie amincie des membranes internes, cédant à la contraction des muscles oculaires, se soulève peu à peu et forme enfin un staphylôme sur le côté externe de l'entrée du nerf optique. Le plus souvent un autre staphylôme, dans certains cas rares, quand la choroïde et la rétine n'adhèrent pas l'une à l'autre, peut contenir un peu de liquide entre ces membranes. M. Sichel n'en a jamais trouvé, et c'est par erreur, selon lui, que

M. Jacobson, de Copenhague, attribue à ce liquide la formation du staphylôme. « La meilleure preuve « du contraire, dit M. Sichel, c'est que dans ma « collection je conserve plusieurs préparations où « cette maladie existe au plus haut degré, malgré « une adhérence et un amincissement tellement « complets de la sclérotique, de la choroïde et de « la rétine, que ces membranes, réunies inséparablement, ne forment plus qu'une lame de l'épaisseur d'une feuille de papier un peu fort, et se « plissent facilement. (1) » L'erreur du chirurgien danois s'expliquerait donc par le hasard qui lui a fait rencontrer, dans les deux seuls cas de cette lésion anatomique qu'il a observés, une complication avec une *hydropisie sous-choroïdienne*, maladie dont le staphylôme de la choroïde est tout à fait indépendant, comme le prouve l'adhérence indiquée ci-dessus et la circonstance que sur un très-grand nombre de ces staphylômes disséqués par M. Sichel cette hydropisie n'a pas été rencontrée une seule fois, bien qu'il l'ait vue souvent isolément.

« Cette maladie, réputée très-rare, parce que les fastes de l'art n'en contiennent que quatre ou cinq cas, et que M. Wardrop n'a pas eu occasion de voir une seule fois, est beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense. M. Sichel a disséqué environ vingt yeux qui en étaient affectés; il les a presque tous conservés. Arrivée à un certain degré, l'affection s'accompagne de cécité complète. Dans le commencement la vision peut rester bonne, la rétine, malgré

---

(1) Deux préparations semblables existent dans la collection de M. Cunier.

la maladie de la choroïde, n'étant pas encore affectée dans une grande étendue. La mobilité de la pupille conservée dans le cas rapporté par M. Sichel tandis que la pupille de l'œil qui avait conservé la vision était très-large, est une circonstance fort remarquable, confirmant de nouveau l'indépendance des nerfs ciliaires de l'état de la choroïde et de la rétine. — La tumeur chassant l'œil en dedans, il en résulte un strabisme convergent, qu'on pourrait confondre avec un strabisme musculaire ordinaire, suivi d'abolition de la vision, et qu'on ne guérirait pas, il est inutile de le dire, par l'opération, parce que la déviation est due au changement de forme de l'œil, qui devient ovalaire dans son diamètre antéro-postérieur, et bosselé sur son côté externe (1). M. Sichel regrette

(1) Le fait suivant mérite d'être connu. Une malade, affectée de strabisme interne de l'œil gauche, dû à un staphylôme de la choroïde, se présente au dispensaire ophthalmique de Bruxelles, en juin dernier. Le staphylôme était fort volumineux, et avait soulevé le droit interne, qui était tendu et le divisait en quelque sorte en deux portions égales, l'une inférieure, l'autre supérieure. M. Cunier ne voulut point pratiquer une opération sur un pareil œil. — La malade, jeune fille de 17 ans, alla trouver un opérateur de louches, qui avait fait annoncer son arrivée dans la capitale. La section du muscle fut opérée; mais une hémorrhagie très-abondante se déclara, et elle durait encore lorsque la malade se présenta, trente-six heures plus tard, au dispensaire, avec une hernie de la choroïde et de la rétine. L'amincissement de la sclérotique était tel que l'attouchement avec le crochet avait suffi pour déchirer cette membrane et la rétine et la choroïde confondues avec elles, d'où était résultée l'hémorrhagie; le corps vitré s'était en partie écoulé, l'œil s'était affaissé; il est maintenant atrophié. M. Cunier a placé un œil artificiel.

de n'avoir pu faire, dans les cas qu'il a observés, de recherches sur les muscles de l'œil.

« 8° Les circonstances qui ont précédé la formation de la cataracte capsulaire végétante et du staphylôme de la choroïde, paraissent à M. Sichel présenter un grand intérêt pour l'étiologie de ces affections, et pour leur pathogénie en général. La malade, douée d'une bonne constitution, était affectée de pléthore abdominale et d'hémorrhoïdes abondamment fluentes, qui avaient disparu. Pendant quelque temps elle n'en ressentit aucun effet; mais à peine la ménopause se fut-elle prononcée, que des maux de tête, devenus habituels, cessèrent, et que la maladie se concentra dans les membranes oculaires internes et dans l'abdomen, sous la forme d'un travail organique. Il se forma une cataracte capsulaire végétante, un staphylôme de la choroïde et une dégénérescence de plusieurs viscères abdominaux, et la malade mourut. »

La dissection de la cataracte a eu lieu en présence de M. Malgaigne.

Voici les détails de l'observation. Nous laissons parler M. Sichel :

OBS. — *Cataracte lenticulaire corticale de l'œil droit, simulant une cataracte capsulaire postérieure. Cataracte capsulaire végétante de l'œil gauche et staphylôme postérieur de la choroïde.*

« Au lit n° 19 de la salle St Mathieu (hospice de la Salpétrière, était couchée la nommée Vadé, femme Thomas, âgée de 63 ans, entrée à l'hôpital le 25 septembre 1816. Je l'examine le 21 décembre 1832. (Ce qui suit est extrait textuellement de mes notes.)

« L'œil droit est affecté d'une *cataracte lenticulaire commençante*, caractérisée par une très-légère opacité

d'une teinte jaune verdâtre assez foncée; l'opacité est uniformément répandue sur tout le cristallin, plutôt moins marquée dans le centre que dans le reste de son étendue. Le noyau jaunâtre du cristallin a un reflet variable, selon la position que je prends. La pupille, immobile, est très-large; l'iris est très-étroit en haut, et projette sur le pourtour du cristallin une ombre assez large, mais diffuse et peu foncée. En bas, on aperçoit une *cataracte capsulaire postérieure* d'un blanc jaunâtre, tout près du bord inférieur du cristallin; elle consiste en une large strie transversale, semi-circulaire, presque droite, sur laquelle vient descendre une autre strie perpendiculaire commençant au centre. A côté de cette strie perpendiculaire il y en a une autre beaucoup plus petite qui se réunit à la première sous un angle aigu. Au-dessus de la strie transversale, et parallèlement avec elle, il y en a une autre moins longue. De la réunion de ces stries, il résulte une espèce de double croix; elles sont douées d'un reflet luisant, placées sur un plan assez profond et très-concave, tout à fait opaques, et *siégent certainement dans la capsule postérieure* (1).

« La vue de cet œil est encore assez bonne; la malade travaille et marche bien en ma présence, ce qui s'explique par le peu d'étendue de l'opacité postérieure et le peu d'intensité de celle qui, à peine commençante, occupe uni-

---

(1) « C'est ainsi que j'ai exprimé ma pensée sur mes cahiers de notes, au moment même où je fis mon premier examen assez prolongé; mon opinion aurait sans doute été partagée par tous ceux qui n'auraient pas eu occasion de vérifier leur diagnostic par des autopsies; car j'ai vu les ophthalmologistes les plus distingués prendre de pareilles opacités pour des cataractes capsulaires postérieures et persister opiniâtrément dans cette opinion. » (*Note de M. Sichel.*)

formément la substance du cristallin, mais ce qui pourtant est exceptionnel, puisque dans les cataractes capsulaires postérieures et dans les cataractes corticales postérieures, la vue se trouble notablement de bonne heure.

« *OEil gauche.* — On voit une cataracte capsulaire très-blanche, légèrement bleuâtre et nacrée. Elle remplit presque toute la pupille et présente du relief. Au milieu environ, il y a une strie perpendiculaire, irrégulière, comme si la surface de la capsule ou du cristallin était détachée en forme de flocon. La pupille est étroite et presque entièrement remplie par la portion élevée de l'opacité. Néanmoins l'iris, très-mobile est assez éloigné, permet, lorsqu'on se place latéralement, de reconnaître derrière cette membrane, autour de la cataracte capsulaire, une opacité lisse, non élevée, du cristallin, d'une teinte grisâtre, moins blanche et plus uniforme.

« Il y a donc cataracte lenticulaire avec végétation centrale de la capsule. Un diagnostic et une description plus exactes ne sont pas possibles sans la dilatation de la pupille par la belladone, à laquelle la malade ne veut pas consentir. Les iris des deux yeux ne présentent point d'altération inflammatoire ou organique. La perception des mouvements et de la direction de ma main est entièrement conservée. L'œil gauche est complétement et constamment dévié dans le grand angle; il est parcouru par des vaisseaux très-déliés, flexueux, tout particuliers.

« *Historique de la santé générale de la malade, selon les renseignements qu'elle a donnés elle-même.* — De 12 à 30 ans, elle a toujours été bien réglée; elle avait fréquemment de violentes migraines. Elle a eu deux enfants, bien constitués; à 24 ans, trois mois après son premier accouchement et pendant qu'elle allaitait son enfant, elle a eu un violent mal d'yeux. Ces organes étaient très-rouges

et gonflés ; 32 sangsues furent appliquées autour des orbites et la maladie disparut. La vue, qui avait toujours été très-basse, s'affaiblit après cette ophthalmie, et pour lire, la malade était obligée de rapprocher davantage le livre de ses yeux. A 30 ans les migraines ont disparu. De 30 à 36 ans, les règles apparaissent irrégulièrement, et elle avait de temps à autre « *des pertes énormes de sang par le fondement;* » ces pertes l'affaiblissaient beaucoup, quelquefois même, il lui arrivait de tomber en syncope.

« A 35 ans, elle eut « *une enflure à la tête* » (probablement un érysipèle) ; au moment d'être frappée de cette maladie, elle voyait d'une manière très-marquée *des reflets noirs*, et *des chandelles* ou des *rayons lumineux* qui montaient et descendaient.

« Déjà pendant ces pertes de sang, elle avait vu les mêmes apparitions, à un moindre degré, et elle avait consulté M. Lallemant, qui avait proposé l'application du séton. A la même époque le soleil lui *faisait mal aux yeux*. Si elle fermait l'œil droit, elle s'assurait que ces phénomènes morbides ne siégeaient *que dans l'œil gauche*. Pendant 13 ans cette affection resta stationnaire.

« De 36 à 46 ans, madame V... fut assez bien réglée ; l'apparition des menstrues avançait habituellement de 2 jours. A 46 ans, « à la suite d'une révolution, » *ses règles ne reparurent plus*. Elle eut bientôt un grand mal de tête, et son corps enfla beaucoup. Pendant trois mois que dura cette maladie, on lui appliqua 48 sangsues, des vésicatoires aux cuisses, aux jambes et au ventre, et on lui fit prendre beaucoup de tisanes. M. Rostan, qui la vit à cette époque, lui dit que dans son œil gauche il y avait une cataracte *très-bien formée*. Elle n'a plus de maux de tête depuis qu'elle n'a plus ses règles.

Aujourd'hui (de son œil droit, bien entendu), elle distingue parfaitement la chandelle, lit, et coud, mais ne

pourrait pas écrire, parce que sa vue se brouille de suite. Depuis que la maladie grave dont nous venons de parler est passée, elle a éprouvé de grandes douleurs dans la région lombaire droite. Ces douleurs vont s'irradier jusques dans l'épaule droite, et vont mourir dans la région ombilicale. De temps à autre elle a des vomissements.

« Il y a dix-huit mois, on l'a sondée durant trois mois. Pendant l'opération elle rendait des caillots de sang. Trois graviers ont été amenés au dehors par la sonde.

« Depuis 8 jours que j'ai vu la malade, elle croit voir moins distinctement de l'œil droit. La pupille est très-dilatée. Au centre, et dans la profondeur du cristallin, on voit une légère opacité qui a un reflet jaunâtre. *Siége-t-elle dans le noyau-même ou dans la capsule postérieure? Je ne vois plus les stries capsulaires postérieures que j'avais aperçues lors de mon premier examen; donc le cristallin s'obscurcit à présent.*

« Il y a 4 jours, on a posé à la malade 30 sangsues pour une entéro-péritonite. Elle succombe à cette maladie dans la première semaine de janvier 1833.

« *Examen anatomique des yeux.*—Œil droit.—Dans sa moitié postérieure, la sclérotique offre un *léger commencement de coloration bleuâtre*, coloration due à l'amincissement de cette membrane et augmentée par son desséchement à l'air, l'œil ayant été entamé par son hémisphère postérieur et étant resté 4 à 5 heures hors de l'eau. Dans la portion correspondante, c'est-à-dire dans la moitié postérieure, la *choroïde est amincie et presque incolore*. La surface antérieure du cristallin ne présente aucune trace de déhiscence; elle est beaucoup plus consistante que la postérieure. Les parties constituantes de cette surface de la cataracte sont homogènes; le noyau de ce côté a plus de consistance et semble même un peu plus jaune que du côté postérieur. L'iris, placé dans l'eau, est

un peu bombé, un peu distant du cristallin sur lequel il projette une ombre foncée assez large ; la capsule a son reflet ordinaire, le cristallin est assez transparent. En plaçant ce dernier avec le corps vitré sur du papier noir, dans l'eau, *on reconnaît encore les stries de la capsule postérieure*, mais moins distinctement que pendant la vie, lors de mon examen primitif; elles sont moins jaunâtres, plus blanchâtres. Au centre du cristallin on aperçoit le noyau jaune-verdâtre. Si l'on retourne la lentille, on aperçoit sur sa surface postérieure la même figure de double croix qu'on a cru voir dans la capsule postérieure pendant la vie, et qu'on découvre plus tard, lorsqu'elle est isolée du corps vitré ; seulement elle n'a pas l'éclat qu'elle présente dans ce dernier cas.

« Après avoir isolé du corps vitré le cristallin entouré de sa capsule et l'avoir posé sur sa surface antérieure, on voit sur sa surface postérieure une double croix opaque qui ne change pas de place. Elle est composée, comme sur le vivant, d'une strie verticale traversée dans sa partie inférieure par deux stries transversales. Ces dernières sont d'un blanc nacré, à peu près de la couleur d'une aponévrose. On les croirait placées dans la capsule et presque à sa surface externe. Cependant le toucher prouve qu'elles sont lisses et sans relief; *il est hors de doute que ces lésions n'existent que dans la substance* corticale détachée de la surface du cristallin. En faisant tourner ce dernier sur son axe, non-seulement on voit d'autres stries d'un reflet particulier qui changent de place, mais de plus, si on le pose sur du papier noir, en face du jour, et si on le fait tourner de la même manière sur son axe antéro-postérieur, on aperçoit toujours, sur l'un de ces côtés, un triangle jaunâtre, comme si le cristallin était cataracté dans l'étendue seulement de ce triangle. (On verra plus loin que ce phénomène explique cette espèce de cata-

racte incomplète sous forme de triangle ou de prisme changeant de place dont nous avons parlé, et qu'il est dû à la déhiscence des couches internes du cristallin, c'est-à-dire, de celles qui entourent immédiatement son noyau ou concourent à le former.) Le cristallin, sur son bord, ne présente pas l'anneau transparent qu'il a d'ordinaire dans les cataractes incomplètes. Sa surface, vue de ce côté, est plus transparente au centre, et le noyau ne paraît presque pas jaune. La capsule enlevée est *tout à fait saine et transparente*; le liquide de Morgagni sort en abondance, sans tournoyer sur lui-même (1).

« *Sur sa surface postérieure*, le cristallin est irrégulièrement déhiscent ; la figure de la double croix est formée par des portions opaques de la substance corticale qui commencent à se détacher de la surface. Dans les couches externes, la déhiscence ou plutôt *la desquammation de la substance corticale* commence dans la strie transversale inférieure ; dans les couches internes, elle commence au centre. (Voir mon *Traité d'Ophthalmie*, etc. » p. 509, sur le déhiscence). Le noyau est très-peu dur et peu jaunâtre, ce qui, joint à la déhiscence des couches internes du cristallin, explique à la fois pourquoi le centre était plus transparent, et pourquoi les stries nacrées, réflétantes, triangulaires et variables quant à leur position, étaient rangées autour de ce même centre, en dirigeant leurs sommets vers lui.

« *OEil gauche*. Cataracte capsulaire avec végétation.—

(1) Quand on ouvre la capsule antérieure par une petite ponction faite à son centre, le liquide interstitiel ou de Morgagni sort avec un mouvement de tournoiement, en formant une petite portion de spirale. C'est au moins ce que j'ai vu le plus souvent, surtout lorsqu'il y a beaucoup de ce liquide. (*Note de M. Sichel.*)

(Je conserve le dessin ainsi que la pièce pathologique dont la dissection définitive a été faite par M. Malgaigne.) L'opacité est inégalement colorée; au centre, il y a une large tache grisâtre, élevée, un peu transparente à son milieu; à gauche (à la droite de l'observateur), elle se prolonge en une petite languette d'un blanc un peu crétacé, qui semble détachée de la surface et élevée au-dessus du reste du cristallin. A la droite de cette languette, en haut et en bas, il y a une strie grisâtre et quelques taches crétacées. Si l'on touche la cornée en pressant légèrement, on reconnaît une légère fluctuation au centre de la capsule cristallinienne et un mouvement superficiel qui peut faire croire à une cataracte de Morgagni (cataracte du liquide interstitiel). Le mouvement une fois passé, les parties reprennent leur aspect et leurs rapports respectifs.

« *Staphylôme de la choroïde*. Le diamètre antéro-postérieur du globe oculaire est considérablement allongé; la moitié postérieure de l'organe est notablement augmentée de circonférence sur sa partie externe. Dans cette partie même la sclérotique est amincie et permet de voir à travers sa substance :

« 1° Des stries fines formées par les nerfs ciliaires ;

« 2° D'autres stries plus larges, d'un bleu brunâtre, provenant de la choroïde qu'on aperçoit à travers la sclérotique. Ces stries sont devenues plus larges et plus foncées, parce que l'œil a été conservé quelque temps hors de l'eau et que la sclérotique est un peu desséchée. Si l'on ne voit ces stries que dans la partie postérieure du globe oculaire, c'est que dans cette seule partie la sclérotique est amincie et que la choroïde, également amincie, est appliquée contre elle ;

« 3° Autour de l'insertion du nerf optique, une dilatation manifeste de la choroïde;

« 4º Sur le côté externe du même nerf, et un peu en avant, un staphylôme de la choroïde ayant à peu près six millimètres de diamètre, arrondi, cuivré, un peu bleuâtre.

« De l'autre côté, c'est-à-dire, sur le côté interne du nerf optique qu'on ne voit pas dans le dessin, il y a un staphylôme un peu plus petit, de la même nature, et touchant à sa base celle du staphylôme dont nous venons de faire la description. Les stries bleues brunâtres cessent dans le milieu du diamètre antéro-postérieur. L'œil, desséché à l'air, devient presque entièrement bleuâtre, presque noir, mais il reprend bientôt dans l'eau sa couleur naturelle, à l'exception des stries que nous venons de signaler.

« La choroïde n'était nulle part adhérente dans sa partie antérieure ; dans la moitié postérieure presque entière, elle était tout à fait amincie et décolorée ; la sclérotique était également amincie. On avait de la peine à séparer ces deux membranes ; cependant on pouvait le faire, sans les déchirer, à la circonférence des staphylômes.

« Au contraire, autour du centre des deux staphylômes auquel correspondait la tache jaune de la rétine, les trois membranes étaient adhérentes si inséparablement qu'elles ne semblaient plus former qu'une seule membrane, et qu'à leur surface interne, je veux dire du côté de la surface antérieure concave de la rétine, elles étaient tout à fait lisses et nacrées et avaient l'aspect d'une aponévrose fine comme dans la figure 2 de la 41e planche de ma collection.

« Après avoir enlevé l'iris et détaché le cristallin du corps vitré, nous examinons la cataracte. Elle est lisse à sa partie périphérique ; sur le centre, il y a une végétation très-extraordinaire. Le centre de cette végé-

tation est légèrement déprimé, gris clair, presque lisse, ayant seulement de petites stries ou plutôt de petits plis transversaux sur sa surface Le large pourtour du cristallin, caché auparavant par l'iris, est blanc laiteux; la petite languette qui flotte un peu dans l'eau est en blanc crétacé. Le bord inférieur de la végétation est légèrement crénelé, terminé en une pointe autour de laquelle il y a environ quatre prolongements ou plis pointus qui se perdent insensiblement dans la surface de la cataracte. La partie supérieure de la végétation est tronquée, partagée en deux lobules. Son ensemble est à peu près cordiforme. Tout son pourtour et les deux lobules ont une teinte crétacée jaunâtre. Le lobule placé sur la gauche de l'observateur présente sur son bord libre un peu inférieur plusieurs prolongements en plis, plus fins que ceux de la pointe.

Sur la droite de la végétation, près de son bord, il y a dans la capsule une large plaque jaunâtre, non élevée, qui communique avec la strie blanche et élevée en haut. L'un des bords du cristallin est inégalement découpé; sa surface antérieure, autour de la végétation, est un peu transparente sur toute la surface ; à travers son tissu on aperçoit, en plusieurs endroits, des taches crétacées, un peu jaunâtres, arrondies, situées dans la surface du cristallin. Une ou deux parties de la surface du cristallin sont transparentes. Dans le cristallin enveloppé de sa capsule et un peu gonflé par le séjour dans l'eau, la pression avec une spatule appliquée à sa surface ne produit aucun mouvement. Il résulte de là que, si le mouvement que nous avons observé auparavant était dû au liquide interstitiel, il a cessé maintenant à cause du gonflement du cristallin qui a rétréci l'espace entre sa surface et la cristalloïde antérieure. Nous ne passons pas cette circonstance sous silence à cause de la cataracte

qu'on appelle *morgagnienne* et dont l'existence a été niée, parce qu'on a voulu nier l'interstice entre la surface antérieure du cristallin et la capsule antérieure; mais cet interstice existe réellement; seulement la capacité diffère selon les circonstances. Nous avons, dans ce cas, comme dans un grand nombre d'autres, donné toute notre attention à ce point d'anatomie.

« En se plaçant latéralement et en examinant l'appareil cristallinien de profil, on voit que la capsule est transparente dans ses parties non épaissies, et qu'à 2 millimètres de distance du pourtour de la végétation la partie légèrement crétacée de la surface du cristallin est éloignée d'un millimètre environ de la capsule.

« Dans la circonférence, la capsule est appliquée au cristallin; la teinte blanche qu'on aperçoit à cet endroit ne siége pas dans la membrane. Le cristallin est de forme et de grandeur normales; seulement il est un peu gonflé et un peu ramolli par l'eau, et l'un de ses bords est un peu tronqué.

« *La surface postérieure du cristallin* présentait à son pourtour un anneau transparent que je regardais comme la circonférence du cristallin restée saine et transparente, phénomène que j'avais souvent rencontré dans mes dissections et sur le vivant et surtout dans les cataractes non complètes. On verra par la suite que je m'étais trompé sur ce point, et qu'il y avait dans ce cas un prolongement de la cavité capsulaire en arrière en forme de canal, entourant le bord du cristallin. Sur plusieurs points de la capsule postérieure on reconnaissait des opacités en forme de taches arrondies, circonscrites, crétacées, d'un blanc jaunâtre. On pouvait parfaitement bien distinguer d'autres taches d'une teinte blanchâtre, douées d'un léger éclat nacré, situées au-dessous de la capsule dans la substance corticale du cristallin et ayant

la forme de stries irrégulières convergentes vers le centre; c'était un commencement de déhiscence des couches externes postérieures.

« Nous n'entamons pas la capsule et nous ajournons la dissection définitive qui n'est faite que le 17 mars 1841, plus de huit ans plus tard, en présence de M. Malgaigne. Il est étonnant combien la pièce, après un séjour aussi prolongé dans l'alcool (à 20 degrés), a conservé tous ses caractères. La capsule, partout où elle ne présente pas d'élévation ni de couleur crétacée, est entièrement transparente, et la circonférence de ses deux feuillets réunis forme autour de celle du cristallin une espèce de canal transparent et annulaire d'un peu plus d'un millim. de largeur qui semble contenir un liquide également transparent. C'est là ce que dans la pièce fraîche, j'ai pris pour le bord transparent du cristallin. A travers la surface postérieure de la capsule on voit le cristallin modérément grand, bien arrondi à son pourtour, en général très-sphérique, d'une teinte jaune ocré clair, très-légèrement déhiscent à sa surface postérieure par une fente en forme de trépied plus large au centre et le partageant en trois morceaux triangulaires exactement égaux. La surface postérieure de la capsule présente elle-même de nombreuses petites opacités en partie blanchâtres, crétacées, en partie d'une teinte ocrée semblable à celle du cristallin. Les opacités forment les unes des points ou de petites plaques arrondies, dues à un épaississement de la capsule et même quelquefois un peu élevées; les autres présentent de petites stries fines, convergentes, sans relief. A la surface antérieure du feuillet antérieur de la cristalloïde, on voit encore la plaque végétante ovalaire ou cordiforme ayant absolument la forme représentée dans le dessin de ma collection, et décrite plus haut. Elle est froncée à son pourtour, et se

prolonge en plis. La petite languette libre et flottante a disparu, soit par l'action de l'alcool, soit parce qu'elle a été arrachée pendant que l'on renouvelait ce liquide. Le milieu de la plaque végétante est légèrement déprimé, bleuâtre, semi-diaphane, assez mince, tandis que tout le reste de sa substance est épais, coriace, élevé et d'une teinte jaune ocrée, un peu semblable à celle du cristallin. Autour de cette végétation, la surface antérieure de la capsule présente des stries, des taches jaunâtres comme la surface postérieure.

« Après avoir bien examiné la surface externe des deux feuillets de la capsule, et avoir constaté qu'entre la surface antérieure du cristallin et la cristalloïde antérieure, il y a un certain interstice, au moins çà et là, nous nous décidons à ouvrir la capsule sur son bord avec beaucoup de précaution, afin de voir s'il s'écoulerait un liquide de sa cavité. Mais nous nous apercevons bientôt que le canal formé entre la circonférence du cristallin et de la capsule présente une petite fente sur sa paroi externe et que la lumière du canal n'est conservée que par la consistance naturelle de la capsule, augmentée encore par l'action de l'alcool. En saisissant avec des pinces fines les bords de la solution de continuité de cette membrane, nous séparons facilement ses deux feuillets sur leur jonction et nous faisons sortir le cristallin, après nous être convaincus que le canal sus-indiqué existe réellement, et qu'en avant aussi le cristallin et la capsule ne sont en contact que dans quelques-uns des points opaques, tandis qu'en arrière le feuillet postérieur touche partout le cristallin.

« Voilà donc des opacités manifestes de la cristalloïde, accompagnées d'épaississement, de dépôt fibro-albumineux, et même de véritable végétation, survenues après un travail phlegmasique dans toutes les membranes

oculaires internes, travail qu'on ne peut nier, puisque l'adhérence et l'amincissement de la partie postérieure des membranes oculaires sont là pour le prouver. Ces opacités de la capsule n'étaient pas dues à de la substance lenticulaire corticale durcie et devenue adhérente à la capsule; en grattant la surface postérieure du feuillet antérieur de la capsule avec une spatule fine, on pouvait enlever complétement les parcelles de substance cristallinienne adhérentes; la surface interne de la capsule devenait lisse partout où la surface externe n'était pas altérée. Au contraire, dans les endroits où la surface externe est occupée par les opacités élevées et jaunâtres, elle est manifestement altérée elle-même et présente un certain relief, dans quelques points de petites élévations bien marquées et jaunâtres qu'on peut saisir entre les mors d'une pince, mais qu'on ne parvient pas à arracher. Dans la végétation, la surface externe reste opaque, froncée et élevée. L'inflammation a donc agi sur la capsule dans son tissu même et à ses deux surfaces. Après la sortie du cristallin, la capsule ouverte conserve sa forme et son aspect, et encore à présent on peut constater toutes les altérations que nous avons décrites.

« Le changement de la teinte crétacée primitive, peu jaunâtre, des opacités capsulaires en jaune ocré, tenait, d'une part, à l'action de l'alcool sur la capsule elle-même; d'autre part, l'alcool, après que le liquide contenu dans la cavité de la capsule s'était écoulé par la rupture, avait contracté cette membrane, et, en la rapprochant de la surface du cristallin, y avait collé des portions de la substance corticale coagulée et rendue jaunâtre. Ces portions pouvaient bien augmenter la teinte jaunâtre de la capsule, mais on pouvait les détacher sans que la capsule opaque perdît cette teinte. Dans les parties non épaissies de la capsule, ces portions se dé-

tachèrent parfaitement, et la membrane reprit toute sa transparence. Ceci était surtout évident au feuillet postérieur, dont les opacités étaient peu nombreuses, et dont les taches, ainsi que leur disposition, avaient été soigneusement notées, il y a huit ans, sur la pièce à l'état frais. Les stries convergentes, formées par la substance corticale postérieure du cristallin, étaient presque toutes restées adhérentes à ce corps, dont la déhiscence est devenue complète, comme nous l'avons vu. La petite quantité qui en est restée adhérente à la capsule s'en détache complétement par le grattage qui n'y laisse que les points crétacés arrondis et épaissis.

« Le cristallin, à sa partie antérieure, avait présenté quelques points crétacés, dus également à un dépôt fibro-albumineux; dans sa portion correspondant à la végétation centrale de la capsule, cela était particulièrement visible; il y avait dans cet endroit un dépôt d'une substance jaunâtre élevée. Il est permis de conclure de ces dépôts fibro-albumineux dans le cristallin, que ce corps peut aussi quelquefois s'enflammer, au moins partiellement et chroniquement, lorsqu'une congestion ou une inflammation chronique occupe les membranes oculaires internes. »

b). Guérison sans opération.—M. Guépin (*Journal de la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure*, vol. XVII, p. 263), « a essayé de faire disparaître sept ou huit cataractes par un traitement révulsif; mais il n'a réussi que trois fois, bien qu'il eût choisi les cas les plus favorables; encore doit-il dire que de ces trois succès, deux ont eu lieu chez le même individu, qui était en même temps affecté d'amaurose. Quelques études de pathologie comparée le portent à croire qu'il est

beaucoup plus facile de guérir, sans opération, la cataracte chez le cheval que chez l'homme, non pas au moyen de la pommade de Gondret, ou du vésicatoire, mais en passant un large séton à la face, c'est-à-dire, de l'arcade zyzomatique à l'angle de la mâchoire inférieure. »

M. Guépin a employé le séton à la tempe chez l'homme, et au moment de sa communication, il en attendait le résultat.

Nous savons que par suite de diverses recherches de thérapeutique comparée, M. Pétrequin a été conduit à revenir sur la guérison médicale de la cataracte; il possède, nous assure-t-on, plusieurs cas de guérison. Il serait à désirer que notre savant confrère de Lyon fît connaître les résultats auxquels il est arrivé, en s'attachant à préciser les conditions individuelles qui permettent d'espérer quelque réussite et en fixant, comme il l'a fait, pour l'amaurose, les indications spéciales relatives à l'espèce de cataracte, à l'ancienneté de leur formation, etc. Nous sommes persuadés que notre appel l'engagera à parler.

Un médecin français, M. Drouot, a publié un volume destiné à démontrer la possibilité de la cure des altérations du cristallin et de la capsule, sans opérations chirurgicales (1). « Les cataractes, dit-il, peuvent être sûrement prévenues et guéries par des remèdes externes et internes; la terminaison

(1) Nouveau traité des cataractes, causes, symptômes, complications et traitement des altérations du cristallin et de la capsule, sans opérations chirurgicales. Bordeaux, 1849, in-8° de 285 p. avec planches.

de la capsulite par une résolution imparfaite qui constitue le premier degré de l'opacité, le point de départ de la cataracte, peut être combattue par des moyens thérapeutiques qui rétablissent la transparence parfaite de la membrane capsulaire. Ces mêmes opacités, quand elles ont envahi une grande partie du cristallin ou de la cristalloïde, alors que le malade est aveugle, qu'il cesse de pouvoir distinguer aucun objet, peuvent être amenées à une résolution partielle ou complète. — Nous ne voulons pas parler ici des cataractes compliquées d'amaurose complète, de ces opacités du cristallin qui, depuis longues années, ont envahi la totalité du système cristallinien, de celles enfin qui ont été accompagnées de la désorganisation des parties qui forment le globe oculaire interne; nous voulons dire seulement que les altérations de la capsule ou de la lentille, soit au début, soit quand l'opacité s'est étendue sur une grande partie de ces organes, soit enfin quand le malade *a cessé de voir*, peuvent être prévenues ou guéries sans opérations chirurgicales. Nous ne nous dissimulons pas tout ce que cette proposition, QUI EST UN AXIOME, pourra présenter de paradoxal aux esprits prévenus, imbus d'idées scolastiques pour ainsi dire innées, et accoutumés à jurer *per verba magistri;* et c'est pour cette raison que depuis plusieurs années nous avons différé la publication de nos opinions particulières, afin d'établir, par une série d'observations irrécurables, que non seulement la guérison des cataractes était un fait accompli sans avoir recours aux opérations chirurgicales, mais encore que les malades qui avaient recouvré la vue au moyen de traitements rationnels, basés sur les causes, les symptômes, les complications diverses qui entraînent l'opacité du cristallin,

n'étaient point retombés, peu de temps après, dans le même état de cécité. »

Les divers ouvrages publiés jusqu'à ce jour sur la curabilité de la cataracte, ne meritent pas, à vrai dire, d'être réfutés ; celui de M. Drouot nous a paru devoir être médité ; il y a de l'exagération, beaucoup d'exagération dans ses assertions, mais enfin elles sont au plus haut point dignes d'un examen sérieux, auquel nous regrettons de ne pouvoir nous livrer dans un travail du genre de celui que nous avons entrepris.

c). *Chute spontanée du cristallin.*—MM. Cunier et Pétrequin (*Ann. d'Oculistique*, I, 73, 141) ont traité au long de la dislocation spontanée du cristallin.

M. le docteur A. Van der Boon, de Zaandam, a aussi observé (*Verhandelingen van het genootschap ter bevordering der Genees en Heelkunde*, I deel, I stuk, p. 22, Amsterdam, 1841), un cas de chute spontanée. Le sujet était un vieillard de 70 ans, dont l'œil gauche était amaurotique ; la crainte que pareille affection n'existât à droite avait empêché M. Van der Boon d'opérer la cataracte de ce côté. Ce vieillard devint malade, et peu de temps après son rétablissement il s'aperçut que la vue de son œil droit revenait. Le médecin hollandais reconnut que le cristallin cataracté avait franchi la pupille, et était passé dans la chambre antérieure, où l'action de l'humeur aqueuse le réduisit à un petit noyau. Le malade ne récupéra qu'une vue partielle, probablement parce que la capsule, dont ne parle pas M. Van der Boon, aura continué à masquer le champ pupillaire.

Il est à regretter que M. Van der Boon ne donne

aucun renseignement sur la maladie pendant laquelle le cristallin s'est déplacé.

d). *Opération sur les animaux.* — De tout temps on a essayé de pratiquer des opérations, et notamment celle de la cataracte, sur les yeux des chevaux; mais toutes les tentavives ont échoué jusqu'à ce jour, parce qu'on n'a pas encore trouvé le moyen de fixer le globe de l'œil; en vain les vétérinaires ont-ils inventé toutes sortes de fixateurs de l'œil, ou en ont emprunté à l'ophthalmologie humaine. M. Hayne (1) a essayé et a vu essayer lui-même pendant de longues années à surmonter ces obstacles, et a déclaré aussi l'impossibilité d'opérer la cataracte sur les chevaux. Ce n'est qu'en 1833, lors d'un voyage dans l'Autriche supérieure, qu'il remarqua que l'œil de l'homme, attiré au dehors avec force, perdait pour un moment sa mobilité, sans inconvénient pour la faculté de voir; il tenta alors inutilement de comprimer le globe de l'œil des chevaux au-dessous de l'orbite, pour le faire saillir au-dehors, et se décida enfin à faire une incision de 4 ou 5 centimètres dans la salière, et à y engager un doigt jusques sur le tissu graisseux qui soutient le globe de l'œil, et, de cette manière, il parvint facilement à faire proéminer l'organe. L'essai a complétement réussi; seulement on remarqua que la compression exercée sur l'œil fit paraître la face antérieure terne et bleuâtre, effet probablement dû à la constriction de ses vaisseaux. L'auteur étant parvenu à surmonter la difficulté de fixer le globe de l'œil, s'assura

---

(1) Œsterreichische Medicinische Jahrbücher, (neue folge, XXI, p. 94) et Gaz. médicale, 1841.

qu'on pouvait pratiquer sur ce dernier toutes sortes d'opérations, telles que l'abaissement de la cataracte, la kératonyxis, l'opération du staphylôme, de la pupille artificielle, etc., mais l'extraction du cristallin ne sera guère suivie de succès, parce que la compression trop forte du globe de l'œil fera toujours échapper une trop grande quantité du corps vitré. Depuis, M. Hayne a fait des abaissements de cataracte sur des chevaux qui devaient être sacrifiés peu de temps après l'opération; toujours il a vu guérir les plaies; le cristallin était convenablement déplacé, rapetissé et de couleur trouble; malheureusement les animaux n'ont pas été conservés assez longtemps pour s'assurer du succès, quant à leur faculté de voir.

e). *Scléroticonyxis*. — Un mémoire de M. Ruete, de Gottingue, inséré dans le journal de Holscher (*Hannoversche Annalen*), est destiné à faire connaître une modification aux procédés en usage. Les auteurs recommandent, *a*) d'introduire l'aiguille par la sclérotique à 1 ou 1 1/2 ligne du bord de la cornée et à pareille distance en-dessus ou au-dessous du diamètre transverse *b*). Après avoir fait pénétrer l'aiguille à la profondeur de 4 lignes, on recommande de la faire glisser, la pointe étant tournée en arrière, entre la face postérieure de l'iris et la capsule du cristallin. — Par ce procédé, on blesse nécessairement, dit M. Ruete, le zonule de Zinn, la partie latérale de la cristalloïde, les procès ciliaires; il en résulte des inflammations et d'autres accidents. C'est ce qui lui a fait adopter la méthode suivante (1) :

---

(1) Il a déjà été question du procédé de M. Ruete dans les Annales d'Oculistique (I, p. 227.)

1er Temps. Comme dans la méthode ordinaire.

2e Temps. L'aiguille, la convexité tournée en avant, est maintenue à une demi-ligne de l'uvée. Lorsque l'instrument a pénétré à la profondeur de 1 1/2 à 2 lignes, une incision perpendiculaire est pratiquée avec son tranchant dans la cristalloïde. On fait alors glisser l'aiguille entre la capsule et le cristallin jusqu'à ce qu'elle apparaisse au milieu de la pupille; la pointe est tournée en avant, la capsule est incisée de haut en bas et de dedans en dehors.

3e et 4e temps. Comme dans les méthodes ordinaires.

D'après M. Ruete, la méthode qui vient d'être exposée a les avantages suivants : 1) par l'incision de la partie latérale de la capsule et de la zonule de Zinn, on évite de lacérer et de tirailler ces parties; le cristallin sort plus facilement; 2) on ne risque pas de blesser les procès ciliaires et l'iris; 3) l'incision de la paroi antérieure de la capsule prévient la formation des cataractes capsulaires secondaires; 4) rarement, il y a réaction inflammatoire après ces incisions.

M. Ruete rapporte 28 cas de cataracte opérés avec succès par sa méthode.

M. Baudens considère le conseil de détruire d'abord la capsule cristalline comme puéril, — à moins de complications, — et comme prolongeant inutilement l'opération (1). — Ce chirurgien embroche le cristallin vers son bord supérieur et le déprime verticalement. Ainsi accrochée, il prétend que la lentille n'échappe pas à l'action de l'instru-

---

(1) Gaz. des hôpit. 10 nov. 1840.

ment, qu'elle est plus facile à déprimer, et qu'elle tend moins à remonter. M. Baudens oublie de dire comment il dégage son aiguillle — qui est celle de Dupuytren.

Ce procédé n'est, au demeurant, que celui de Himly, que ne cite pas le chirurgien français. Himly divise, comme on sait, l'opération en cinq temps : 1° Ponction de la sclérotique ; 2° introduction de l'aiguille dans le corps vitré, derrière le cristallin ; 3° l'aiguille est poussée dans la chambre postérieure, à travers l'hyaloïde, et embroche le cristallin ; 4° le cristallin embroché est déprimé en même temps que sa capsule ; 5° l'aiguille est retirée.— Si le procédé recommandé par M. Baudens diffère de celui de Himly, c'est donc précisément par des conditions qui le rendent presque toujours inexécutable, le retrait de l'aiguille devant nécessairement ramener le cristallin dans la chambre postérieure, à moins que des manœuvres dangereuses n'aient eu lieu dans le corps vitré pour dégager l'instrument.

Nous nous bornerons à faire mention de la polémique qui s'est élevée (*Annales d'Oculistique*, I, p. 87 et p. 157), entre MM. Carron du Villards et Pétrequin, sur la nécessité admise par ce dernier, d'inciser la capsule dans l'opération de la cataracte par abaissement. M. Carron du Villards a annoncé une réfutation de la réplique de M. Pétrequin.

M. Cunier, qui est, comme M. Carron du Villards, partisan de l'abaissement en masse, admet la nécessité (*Ann. d'Oc.*, I, p. 86-87, et *Ann. de la Société de médecine de Gand*, vol. V, p. 444) de dilacérer la capsule avant de retirer l'aiguille du corps vitré.

Le docteur Fronmuller, de Furth (*V. Ammon's Monatsschrift*, III, p. 376), ne peut opérer de la main gauche sur l'œil droit ; il veut, comme

M. Malgaigne (*Encycl.*, 3e s. Gaz. hôp., p. 25), que l'on se place derrière le cataracté, et que l'on se serve de la main droite pour opérer sur l'œil droit. M. Fronmuller tient cette conduite tant pour l'abaissement que pour l'extraction.

L'observation suivante est rapportée par M. Furnari (*l'Esculape*, 1841); six fois l'opération de la cataracte a été pratiquée sur les deux yeux, et une pupille artificielle a été pratiquée sur l'œil gauche; la guérison a eu lieu.

« Les détracteurs de l'opération de la cataracte « par abaissement deviennent, de jour en jour, « plus rares, dit M. Furnari, et d'ici à quelques « années on ne considérera plus l'extraction que « comme méthode purement exceptionnelle, dont il « ne sera plus question que dans la partie histori- « que du manuel opératoire de la chirurgie ophthal- « mique. Quand même l'abaissement n'aurait que « l'immense avantage de pouvoir être pratiqué plu- « sieurs fois sans compromettre l'organe de la vue, « ce serait déjà une ressource qu'aucune autre mé- « thode ne peut offrir à l'opérateur et à l'opéré. »

L'observation que voici est destinée à servir de preuve au principe émis par M. Furnari.

Obs.—« Annette Pion, d'Auxonne, âgée de 23 ans, fut affectée, il a y un an, de conjonctivites fort intenses qui amenèrent consécutivement une inflammation de l'iris des deux yeux, suivie d'exsudations plastiques et de cataractes membraneuses. Ces diverses complications occasionnèrent une cécité presque complète. Ce fut sous l'influence du désir bien naturel d'améliorer son état qu'elle entreprit le voyage de Paris.

« Entrée à l'hôpital de la Charité, elle fut opérée de l'œil droit, qui était le meilleur. Trois opérations à 10

jours de distance furent faites par M. Velpeau, et malgré l'habileté de ce chirurgien, ces opérations n'amenèrent aucun résultat heureux. Après un séjour de plusieurs semaines à l'hôpital, la jeune fille allait se faire reconduire dans ses foyers lorsqu'elle me fut adressée par M. le professeur Moreau.

« L'examen attentif me fit espérer qu'à l'aide de nouvelles opérations pratiquées sur l'autre œil on pourrait lui rendre un peu de vision. Le triste état dans lequel se trouvait cette jeune fille légitimait ces tentatives, d'autant plus que celles-ci, même en restant infructueuses, n'auraient point empiré sa position.

« Je pensai que pour arriver au but desiré il y avait deux indications principales à suivre : la première consistait à débarrasser le centre pupillaire des amas de pseudo-membranes qui avaient contracté adhérence avec la partie postérieure de l'iris; la seconde reposait sur la nécessité d'augmenter le champ de la pupille en produisant une perte de substance dans l'iris.

« *Première opération.* — Après avoir plongé dans la sclérotique l'aiguille à ressort de M. Luzardi, j'ai traversé l'espace pupillaire pour saisir et inciser la partie supérieure et interne de la petite circonférence de l'iris; ce premier temps de l'opération terminé, j'ai broyé la cataracte sans pouvoir cependant détruire toutes ses adhérences, car le sang, sorti des vaisseaux iriens, et le pigmentum obstruèrent immédiatement le champ de la pupille.

« *Deuxième opération.*—J'incisai l'iris avec le même instrument, et aprés avoir détaché une grande partie des adhérences capsulaires, je les ai fait tomber dans la chambre antérieure et dans la chambre postérieure de l'œil; mais ces fragments de capsule ont remonté, se sont réorganisés, et par conséquent ont obstrué l'ouverture

pupillaire. La malade commençait à y voir un peu, sans cependant pouvoir encore distinguer les objets.

« *Troisième opération.* — A l'aide d'une aiguille de Scarpa excessivement courbe, j'ai détruit les restes de la capsule et je les ai fait tomber presque en totalité dans la chambre antérieure; la malade aperçut une grande lumière pendant l'opération; les jours suivants, elle commença graduellement à distinguer les objets et à pouvoir lire facilement les grosses lettres d'un journal et jusqu'aux *petites capitales*. Les saignées, les mercuriaux et la belladone ont été employés pour prévenir l'inflammation ainsi que le rétrécissement de la pupille et ses exsudations lymphatiques. Après un séjour de trois mois à Paris et après avoir subi six opérations, dont trois pratiquées par M. Velpeau et trois par moi, la jeune fille a pu retourner seule dans son pays. M. le docteur Carron du Villards, M. Alexis Moreau, interne des hôpitaux, et quelques élèves en médecine ont assisté aux trois dernières opérations. »

De cette observation M. Furnari tire les conclusions suivantes :

« 1° Toutes les fois que par suite d'une inflammation de l'œil il se produit une cataracte membraneuse très adhérente et un rétrécissement de la pupille, on ne doit pas seulement se borner à opérer la cataracte, mais il est nécessaire d'inciser l'iris pour produire une nouvelle pupille, ou élargir l'ancienne ouverture; de cette manière, on fera pénétrer un plus grand nombre de rayons lumineux dans le fond de l'œil; on donnera un peu de mobilité à cette membrane et on pourra détruire plus facilement les adhérences capsulaires.

« 2° On doit réitérer l'opération tant qu'il ne

manifeste pas de symptômes inflammatoires ; et dès qu'on les voit paraître, les combattre par les anti-phlogistiques et recourir à une nouvelle opération si celle-ci avait déjà produit un commencement de succès.

« 5° Contrairement à l'opinion des auteurs, on doit chercher à opérer les cataractes consécutives aux iritis phlegmoneuses, toutes les fois que le malade peut distinguer le jour de la nuit. La crainte d'une inflammation consécutive ne doit pas empêcher les chirurgiens de tenter ce dernier moyen. Il existe certainement un grand nombre d'individus qui sont affligés de la même affection que la jeune Pion et sur lesquels on pourrait pratiquer la même opération avec l'espoir d'un résultat analogue. »

f) *Dilacération de la capsule.* Une note insérée sous ce titre dans *l'Expérience*, par M. Szokalski (*Encyclogr.*, 4e s., vol. VI, p. 337) a été analysée comme suit dans la *Gazette médicale de Paris* (1841) :

« L'auteur établit d'abord que dans tous les cas où le broiement de la cataracte est indiqué, on doit lui substituer la simple incision de la capsule, qui expose moins à l'inflammation consécutive et amène aussi sûrement l'absorption du cristallin opaque. Cependant à la suite de ce procédé, il y a deux inconvénients à craindre ; l'un est l'étranglement du cristallin à travers l'ouverture trop étroite de la capsule, source fréquente d'inflammation ; l'autre est la formation d'une cataracte membraneuse s'établissant secondairement en vertu de l'opacité et de l'adhésion des parties de capsule laissées en place. C'est pour se soustraire à ces accidents que M. Jaeger propose l'opération suivante : On fait avec un cou-

tean lancéolé une incision de 3 à 4 millimètres dans la cornée, à sa jonction avec la sclérotique. Ensuite on introduit à plat un petit crochet dans la chambre antérieure de l'œil. Cet instrument doit être porté jusque dans la pupille; puis, arrivé là, on lui fait exécuter un quart de rotation, de sorte que la partie recourbée aille se placer directement contre la capsule. En imprimant à l'instrument un mouvement de levier, on accroche cette membrane si faible et on la déchire par des tractions exécutées en différentes directions, suivant les circonstances, sans cependant trop s'engager dans la substance molle de la cataracte. Quand la capsule a été suffisamment déchirée, on porte le crochet à plat sur la face postérieure de la cornée et on la retire de l'œil. M. Hering assure avoir plusieurs fois pratiqué cette opération avec un succès complet.

« On sait que Pott avait déjà recommandé une opération semblable, dans les cataractes *en partie molles, en partie dures*, et qu'il lui trouvait sur l'abaissement ordinaire l'avantage d'être moins douloureuse et d'exposer les parties à une violence moins considérable. Nous reconnaissons toutefois que le moyen conseillé par le professeur Jaeger est un véritable progrès, et qu'il permet d'agir bien plus sûrement, si on veut se contenter de déchirer la capsule. Mais là précisément est toute la question. Faut-il se borner à une incision de la capsule, au lieu de broyer le noyau opaque? D'après ce que nous avons observé, nous ne pouvons croire que les dangers de l'opération soient augmentés par la précaution de diviser en plusieurs sens la lentille cristalline, en supposant, bien entendu, que ce morcellement soit fait suivant les règles de l'art et par une main exercée. Et d'autre part on ne peut

nier que la division du corps opaque ne soit un puissant moyen d'en favoriser la résorption. N'oublions pas non plus qu'en adoptant le procédé conseillé par M. Jaeger, le cristallin doit s'absorber sur place; et qui ne connaît les longueurs et l'incertitude de ce mode de guérison? Enfin si l'on suit les idées du professeur de Vienne, on s'exposera nécessairement à livrer aux seules forces de l'absorption beaucoup de cristallins qu'on aurait pu déprimer. Dans l'opération ordinaire, en effet, on cherche d'abord à abaisser et on n'en vient au broiement que lorsqu'on n'a pu mieux faire; mais ici où on n'a pour se déterminer à l'une ou à l'autre manière d'agir que des données tout à fait insuffisantes sur la mollesse du cristallin, telles que celles tirées de l'inspection de l'œil, on est forcé de faire l'incision de la capsule, sans être sûr qu'un moyen plus efficace, l'abaissement, n'eût pas réussi. C'est donc une mauvaise méthode que celle où le chirurgien ayant à choisir entre deux procédés, tous deux peut-être également applicables, est contraint de donner la préférence à celui qui offre le moins d'avantage. »

g) Soulèvement de la cataracte (sublatio cataractae). — Cette méthode, exposée par le docteur Pauli dans un ouvrage *Ueber den grauen Staar und die Verkrümmungen* (1838), dont il a été rendu compte par M. Stœber, dans le vol. II des *Annales d'Oculistique*, doit être complétement rejetée, si l'on en croit M. F. Hezel (*Kritik der neuen Methode des Dr. Pauli den grauen Staar zu stechen.* 8° de 30 pages, Ulm, 1840.

h) Kératotomi-Kystotritie. — M. Carron du Villards, rendant compte de l'ouvrage de M. Furnari,

parle dans les termes suivants de la kératotomi-kystotritie (voir *Annales d'Oculist.*, I, p. 489) :

« Nous voici arrivé au chapitre de la cataracte,
« qui est aussi complet que possible. En décrivant
« les causes occasionnelles, M. Furnari prouve qu'il
« est des professions qui prédisposent singulière-
« ment à cette maladie. Il décrit aussi avec beau-
« coup de soin les différentes espèces de cataractes
« et les moyens de les reconnaître. Ici, en passant,
« je crois devoir adresser quelques mots à M. Mal-
« gaigne sur ses opinions touchant la rareté des ca-
« taractes capsulaires, en attendant que je réponde
« sommairement à son mémoire : il n'a fait que
« des autopsies de vieillards, et avant la trente-
« cinquième année de la vie, on ne trouve presque
« jamais de cataractes dures.

« Revenons à M. Furnari, qui complète le cha-
« pitre de la cataracte par tout ce qui a rapport à
« la partie chirurgicale, qui est traitée avec beau-
« coup de soin. Beaucoup de personnes ont accepté
« sans réserve et même avec éloge son procédé pour
« opérer la cataracte. Je dois à la franchise de mes
« opinions et à mes relations amicales avec lui, de
« dire que je ne partage pas cette opinion ; il ne
« suffit pas qu'un procédé soit ingénieux pour qu'il
« ait une valeur réelle, et le procédé de M. Furnari
« se trouve dans ce cas.

« En effet, ou l'on veut faire l'extraction, ou
« choisir un autre procédé ; si la première, il faut
« embrasser le procédé d'extraction avec tous ses
« avantages, et alors la ponction de la cornée avec
« l'instrument de M. Furnari tombe dans le vice des
« ouvertures de la cornée faites en un seul temps ;
« comme le faisaient Daviel, Béranger à son début,
« et Santarelli. Si l'incision n'est pas assez grande,

« le cristallin ne peut sortir sans pression et sans « efforts. Si on le brise derrière l'iris avec la pince « broyante, on tombe dans l'inconvénient attribué « à la discission. Ainsi donc, on fait une opération « incomplète, qui n'a pas les avantages de la cure « radicale, suite d'une opération d'extraction bien « réussie, et qui a en outre les inconvénients d'une « extraction laborieusement faite, si l'on enlève « tout, et celle d'une discission, si on laisse tout ou « partie dans la chambre postérieure.

« Mais la pince de M. Furnari est à elle seule une « heureuse invention pour saisir dans une opération « par extraction ordinaire, parce qu'elle remplace « les pinces à lentille de Maunoir, et celles à cro- « chets du même chirurgien ; parce qu'avec elle on « saisit les petits lambeaux flottants de la capsule « et les noyaux durs tout aussi bien qu'avec les « instruments sus-nommés ; parce qu'enfin elle « peut, convertie en emporte-pièce, trouer l'iris « dans quelques cas d'opération de pupille artifi- « cielle, et servir pour enlever les vaisseaux vari- « queux de la conjonctive. »

ε) *Extraction par la cornée.* — Nous extrayons les lignes suivantes d'un mémoire de M. Guépin, inséré dans les *Annales de la Société des Sciences médicales et naturelles de Malines*, 1841.

« Nous opérons presque toujours par extraction, ayant abandonné l'abaissement, quoiqu'il soit d'une pratique beaucoup plus facile ; nous nous servons pour couper la cornée d'un couteau à tranchant concave, et un peu long, ressemblant à un canif, mais présentant un talon beaucoup plus large. Avec ce couteau nous entrons parallèlement à l'iris dans la cornée à la hauteur du centre de la pupille, en

commençant notre incision le plus près possible de la conjonction de la cornée à la sclérotique. — Quelquefois en passant devant la pupille, nous donnons un coup à la capsule lorsqu'elle se présente convenablement ; puis, nous passons de l'autre côté et nous faisons sortir notre pointe le plus près possible de la jonction de la cornée à la sclérotique, de sorte que les deux points extrêmes de notre incision sont aux extrémités d'un diamètre de la cornée. Cela fait, nous inclinons légèrement le couteau vers nous, et nous coupons en sciant. Comme nos couteaux sont d'une excellente forme pour bien couper, ce dernier temps de la première partie de l'opération est très-facile. — De cette manière la section de la cornée est très-grande, et cependant il s'écoule bien moins d'humeur aqueuse que par la section habituelle. Je réunis ainsi l'avantage de la section par la partie supérieure de la cornée aux avantages que donne pour les autres temps de l'opération, la formation d'un lambeau inférieur.

« Armé d'un petit couteau à lame très-étroite, j'incise ensuite dans l'espace pupillaire, que je voie ou ne voie pas la capsule. Je fais cette incision en haut de façon que les lambeaux de la capsule ne puissent gêner la vision à une époque ultérieure et former une cataracte secondaire.

« Cette partie de l'opération est bien facile par notre procédé ; si l'on a saisi notre manœuvre avec soin, on a dû remarquer que notre lambeau de la cornée ne descend pas beaucoup au-dessous de la pupille ; en effet, lorsque le lambeau est considérable et descend beaucoup, il est difficile, dans quelques circonstances, de ne pas piquer l'iris.

« La grandeur de notre incision est très-favorable à la sortie du cristallin. S'il est solide, nous l'ame-

sions sur un crochet en or en le prenant inférieurement par derrière ; autrement nous nous servons de la curette ; jamais nous ne pressons sur l'œil.

« L'extraction est souvent suivie, lorsqu'on fait usage du procédé ordinaire, d'un écoulement d'humeur vitrée et d'une diminution sensible du volume de l'œil ; la partie inférieure de la cornée qui reste en place d'après notre procédé diminue beaucoup ce vide et cet écoulement ; et s'il faut les premières fois un peu plus d'adresse pour ne pas blesser l'iris avec notre couteau, on y arrive ensuite avec la plus grande facilité : ajoutons que l'incision se fait merveilleusement au moyen de notre couteau. — Disons que nos incisions sont toujours suffisantes, et enfin que le défaut d'étendue de l'incision est l'une des causes les plus fréquentes de l'insuccès de l'extraction.

« Notre procédé a donc réellement, comme nous l'avons dit, le mérite de réunir les avantages de l'incision supérieure de la cornée, à la facilité de manœuvre que donne une incision pratiquée à la partie inférieure. Nous pouvons affirmer, quoique n'en ayant pas encore fait plus de 60 fois usage, que la cicatrice est plus facile et plus nette, parce que notre section ne présente pas de biseau.

« Voici les dimensions de notre couteau :

Longueur, 4 centimètres, 5 millimètres.
Largeur au milieu, 6 millimètres.
Largeur au talon, 9 millimètres.

Les dimensions de nos sections sont en moyenne celles-ci :

Diamètre du segment environ 3 millimètres de moins que celui de la cornée.
Hauteur du segment environ 4 millimètres.

« L'on voit par ce qui précède, que loin d'admettre avec M. Furnari que l'extraction doive être aujourd'hui presque complétement abandonnée, nous la regardons au contraire comme une méthode supérieure à l'abaissement, surtout lorsque l'on se sert de notre procédé. Cette manière de voir nous semble suffisamment justifiée par le succès de notre pratique pour nous porter à persister dans cette voie. »

Il arrive souvent chez les vieillards qu'après l'extraction du cristallin, la cornée s'affaisse, se plisse et présente un enfoncement au lieu d'une saillie. Quelque bien exécutée qu'ait été l'extraction, le malade ne voit pas. Voici comment M. le professeur Maunoir (*Bibliothèque universelle de Genève*) a remedié à cet inconvénient ; nous le laissons parler :.... « J'étais préparé à cet accident. J'avais de « l'eau distillée chauffée au bain-marie ; je fis coucher mon malade, pour mettre sa tête sur un « plan horizontal, et je formai comme un petit lac « d'eau tiède sur toute la partie extérieure de la voûte « orbitaire, de manière que le globe de l'œil et les « paupières fussent complétement dans l'eau. Alors « je soulevai le lambeau de la cornée (l'incision « avait été faite en haut) ; l'eau pénétra dans les « deux chambres de l'œil, effaça les rides de la « cornée, lui rendit la convexité, et en même temps « au malade la faculté de distinguer les objets qui « étaient devant lui. »

M. Maunoir a obtenu le même succès dans un autre cas analogue.

Le docteur J. E. Mazalhoes Coutinha a consigné dans le *Jornal da Sociedade de Siencias medicas de Lisboa*, 1841, des observations sur la cataracte, extraites de la pratique de M. Fabini ; ce mémoire, intéressant par les faits qu'il renferme, est repro-

duit par le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* (janvier 1842, p. 37).

Sur 500 individus atteints de la cataracte, 268 étaient du sexe masculin, et 232 du sexe féminin. Quant aux âges, voici les proportions observées par le docteur Fabini :

De	1	à	10	ans	14	individus.
»	11	»	20	»	16	»
»	21	»	30	»	18	»
»	31	»	40	»	31	»
»	51	»	60	»	102	»
»	61	»	70	»	172	»
enfin après			70	»	190	»

On voit que la disposition à la cataracte n'a pas été aussi grande jusqu'à quarante ans que de cet âge à une période plus avancée. Des 500 malades observés, 107 furent soumis à l'opération : 5 par la kératonyxie, 2 par la dépression et 100 par l'extraction. Deux de ces derniers avaient été opérés depuis peu de temps, par la kératonyxis, sur un seul œil.

Dans tous les cas où la kératonyxis fut pratiquée, la cataracte était molle, excepté chez un individu de 45 ans, où elle était laiteuse. Chez tous, le cristallin fut absorbé ; mais quand on examina les yeux à une lumière faible, on vit que la capsule du cristallin était un peu remontée ; et pour cette raison M. Fabini ne se prononce pas en faveur de cette méthode. Les accidents secondaires furent peu différents de ceux qui suivent l'extraction.

Deux personnes avancées en âge, qui avaient les yeux enfoncés, furent opérées par la dépression. Ces individus avaient déjà éprouvé, à diverses reprises, des accès de goutte. Le résultat de ces opéra-

tions fut, chez l'un, la réascension du cristallin; chez l'autre, l'atrésie de la pupille.

Six des individus opérés par l'extraction ne furent pas observés jusqu'à la fin.

Les plus mauvais résultats de cette méthode se manifestèrent dans l'ordre suivant :

Chez	5	individus	de	31	à	40	ans,	1	fois
»	13	»	»	41	»	50	»	2	»
»	26	»	»	51	»	60	»	10	»
»	37	»	»	61	»	70	»	10	»
»	4	»	après			70	»	1	»

Les lésions secondaires, qui privèrent de la vue ces malades, furent les suivantes : Deux restèrent avec une amblyopie amaurotique; chez un, il fallut abandonner la capsule opaque, compliquée de la perte d'une grande quantité d'humeur vitrée, qui faisait hernie. Chez un autre il survint une amaurose complète, à la suite d'une perte très-considérable du corps vitré. Dans les autres cas, ce furent les accidents inflammatoires qui détruisirent la faculté de voir; 11 fois il y eut iritis, et 8 fois chémosis (?).

La complication la plus fâcheuse fut la goutte; 12 des individus chez lesquels l'opération ne fut pas suivie d'heureux résultats en avaient été atteints; un vieillard avait un œdème aux jambes; deux autres personnes, âgées aussi, avaient une disposition à l'hydropisie; une femme de 60 ans, non-mariée, avait un cancer au nez; et trois autres, âgées de plus de 50 ans, n'avaient point présenté de lésions apparentes avant d'être atteintes de la cataracte.

M. Fabini a vu des cas où certaines maladies, coïncidant avec la cataracte, n'invalidèrent d'aucune manière le résultat de l'opération : ce furent

des affections rhumatismales et goutteuses; des céphalalgies très-antérieures au développement de la cataracte; une dartre farineuse générale chez un homme de 71 ans; une dartre à la tête chez un septuagénaire; une énorme tumeur enkystée au dos, laquelle était la cause directe de la cachexie dans laquelle tombait un homme de 74 ans; le marasme sénil chez 5 personnes âgées toutes de plus 60 ans, un homme et quatre femmes; la danse de St-Guy chez un jeune garçon de 18 ans, lequel éprouvait, en outre, un nystagme fréquent; l'idiotisme chez une fille de 40 ans; un ptérygion, qui ne s'étendait pas jusqu'au milieu de la cornée chez un homme de 50 ans; enfin, un corps étranger ayant la consistance de la corne et la forme d'une semence de carthame, qui existait depuis longtemps dans la conjonctive de la cornée. La malade, qui était une femme de 37 ans, dit qu'il était le résultat de l'instillation d'une eau blanche très-corrosive, dont elle s'était servie, espérant, par ce moyen, se guérir de la cataracte. Neuf jours après l'extraction du cristallin, on enleva le corps étranger; la cornée conserva sa transparence.

Quelques accidents inattendus se présentèrent pendant l'opération; ce furent les suivants :

L'incision de la cornée étant trop petite, il fallut l'agrandir avec les ciseaux de Daviel; cet inconvénient eut lieu chez 5 personnes; 2 d'entre elles conservèrent une lésion de la vue; mais il faut noter que ces malades avaient précédemment souffert de la goutte. Le prolapsus de l'iris ne put être réduit chez 2 patients, qui perdirent la vue. Il y eut procidence du corps vitré sur 10 opérés, et 2 d'entre eux furent privés de la vue; chez un, il était sorti une grande partie d'humeur vitrée, et chez l'autre il était survenu une iritis rhumatismale. Deux fois,

par la violente contraction des muscles de l'œil, après l'incision de la cornée, le cristallin sortit subitement avec la capsule et une grande quantité d'humeur vitrée, sans qu'il en survînt d'inconvénient pour la vue du malade. La plaie de la cornée se guérit sans inflammation. Neuf fois il y eut blessure de l'iris, tant par le couteau, qui en blessa une portion, que par l'aiguille employée pour ouvrir la capsule : un sujet goutteux perdit la vue, en conséquence de cet accident. Le cercle ciliaire fut blessé chez un homme de 70 ans, qui avait éprouvé annuellement de fréquents accès de céphalalgie ; une fièvre intermittente tierce se déclara deux jours après l'opération ; la blessure du cercle ciliaire se cicatrisa complétement. Il arriva une fois que, chez un homme de 61 ans, au moment de la sortie de l'instrument à travers la cornée, la conjonctive, très-lâche, fut soulevée vers l'angle interne de l'œil, en forme de pli, lequel fut divisé par l'instrument ; il en résulta une petite tumeur qui n'apporta point d'obstacle à la vision. Deux fois, après la sortie du cristallin, il se forma une bulle d'air au-dessous du lambeau de cornée, en face de la pupille, ce qui obscurcit momentanément la vision ; chez un opéré cette bulle se dessipa à l'aide de frictions pratiquées pendant quelques minutes sur la paupière supérieure ; chez l'autre, voyant que ce moyen ne réussissait pas, on laissa l'œil en repos ; cet accident n'eut de suites fâcheuses ni pour l'un ni pour l'autre de ces malades. La cornée transparente fut blessée, une fois, en face de la pupille, par la faute de l'aide qui lâcha la paupière supérieure qui lui était confiée. Une autre incision fut pratiquée et l'opération fut achevée sans autre inconvénient ; pendant les premiers jours qui la suivirent, le malade accusait une dou-

leur qui augmentait lors des frottements de la paupière sur le globe. Après la cicatrisation de cette plaie, il disait voir les objets difformes; il ne survint aucune altération de la cornée, et au bout d'un an la vue était parfaite.

Après l'opération, M. Fabini applique un bandage aussi simple que possible; mais quelques-uns de ses opérés ont commencé aussitôt à se servir de l'œil; chez les sujets d'une bonne constitution, cette conduite n'a pas été nuisible. Un vieillard de 70 ans fut vu, quelques jours après l'opération, fumant une pipe ayant à peine la longueur du petit doigt, de sorte que la fumée venait en contact avec l'œil opéré; il ne voulut supporter aucun bandage pendant la durée du traitement; néanmoins il recouvra une vue excellente, sans avoir ressenti la plus légère ophthalmie.

La cornée fut incisée chez 54 cataractés, par la partie inférieure; chez 24 par la partie supérieure; chez 22 par la partie latérale externe. M. Fabini trouve que l'incision supérieure a l'inconvénient de retarder la cicatrisation par l'impression nuisible que doivent produire les contractions des paupières, qu'aucun moyen ne peut empêcher. Cet oculiste est un peu porté à croire que le prolapsus de l'iris, qui eut lieu sur 5 malades pendant la durée du traitement consécutif, fut la conséquence de ce procédé opératoire. Le même accident peut avoir lieu chez les personnes qui ne consentent pas à avoir les yeux légèrement comprimés après l'opération.

L'incision latérale fut pratiquée, de préférence, chez les cataractés qui avaient les yeux saillants, et jamais on n'a observé que la séparation des lèvres de la plaie ait déterminé la procidence de l'iris.

Le docteur Fabini pratique l'incision avec le

couteau de Beer. Quand elle-est trop petite, il lui donne plus d'étendue, en se servant des ciseaux de Daviel.

On se sert communément, en Angleterre, dit le docteur Walker, de Manchester (*The Lancet*, 1841, *Nederl. Lancet*, septembre 1841), du couteau à cataracte de Beer; l'arête saillante du centre de la lame lui a paru gênante; il a trouvé commode d'inventer l'instrument de Tadini (celui sans arête bien entendu) tel qu'il se trouve représenté fig. 2, pl. 1, des *Recherches sur l'opération de la cataracte* par M. Carron du Villards. Disons cependant que la lame du couteau auquel M. Walker a donné son nom, est plus courte que dans l'instrument de Tadini, ce qui doit nécessairement le rendre infiniment plus difficile à manier.

k) *Extraction par la sclérotique*. M. Cunier avait émis, dans ses *Annales d'Oculistique*, (I, sept. 1839, II, p. 149), l'avis que l'extraction par la sclérotique a été abandonnée un peu légèrement; et il s'est livré à des essais dont les résultats ont été reproduits par M. Furnari, pages 260-262 de son *Traité des maladies des yeux*.

Un médecin italien, M. Pirondi, a publié (*Memoriale della Medicina contemporanea*, 1840) un mémoire dans lequel il s'efforce de faire prévaloir sur l'extraction par la cornée, la scléroticotomie, pour laquelle il propose un procédé nouveau. Il fait précéder la description de son instrument et de son procédé, d'un examen comparatif des dangers de la kératotomie et de la scléroticotomie. Ce n'est point comme méthode générale qu'il préconise cette dernière; il pense, comme à peu près tous les chirurgiens d'aujourd'hui, que l'extraction et l'abaissement ont chacun leurs indications, que l'art doit

chercher à démêler; mais si l'extraction a été une fois résolue, il se demande quelle méthode est préférable pour la pratiquer. Il n'est guère de chirurgien moderne qui ne répondît d'une manière péremptoire à cette question : l'extraction par la cornée est de beaucoup préférable, et n'appuyât sa préférence des grands dangers qu'on affronterait en parvenant au cristallin par la sclérotique.

Cette opération n'est pas inconnue dans la science; avant les essais de M. Cunier rappelés ci-dessus, on connaissait ceux de Benjamin Bell, James Earle, Lebel, Quadri, Juengken. Voici comment M. Pirondi établit la supériorité de la scléroticotomie : nous transcrivons l'analyse de la *Gazette médicale*.

« Il réduit les dangers de la kératotomie aux suivants :

« 1° La mobilité de l'œil et quelquefois la dureté de la cornée, qui font courir à l'opérateur le plus habile le risque de blesser l'iris;

« 2° Souvent la pression du cristallin contre la face postérieure de l'iris non dilaté, malgré l'emploi de la belladone, détache cette membrane à sa circonférence dans une étendue plus ou moins grande;

« 3° La cicatrice de la cornée, quoiqu'habituellement linéaire, peut quelquefois s'étendre assez pour gêner l'entrée des rayons lumineux;

« 4° L'habileté la plus extrême ne peut éviter l'écoulement d'une certaine quantité des humeurs de l'œil; sans discuter la reproduction de l'humeur aqueuse, M. Pirondi établit comme chose certaine que, dans les opérations suivies d'un heureux résultat, l'œil a perdu une moindre quantité d'humeur que dans les cas malheureux;

« 5° Rarement on s'en tient à un seul instrument pour l'extraction faite par la cornée; quelquefois

l'insuffisance de la plaie faite à celle-ci oblige de revenir à deux fois pour l'agrandir, chose qui n'est pas indifférente pour un organe aussi délicat ; et si, en voulant éviter cet inconvénient, on pratique d'abord une grande incision, on court le risque de perdre beaucoup d'humeur, accident que tous craignent, et M. Maunoir (de Genève), en particulier, qui propose l'instrument de M. Carron du Villards pour agrandir la plaie de la cornée quand elle n'est pas suffisante ;

« 6° Enfin, la capsule reste presque toujours en place, soit entière, soit en partie, et peut devenir par la suite un nouvel obstacle à la vision, ce qui ne peut arriver dans l'extraction par la sclérotique, puisque la capsule est enlevée avec le cristallin.

« De ces six inconvénients inhérents à l'extraction par la cornée, quatre, suivant M. Pirondi, sont étrangers à l'autre opération, qui n'a de commun avec la scléroticotomie que le quatrième. On peut y ajouter le danger de blesser l'artère ciliaire longue, d'autant plus que la plaie faite à la sclérotique doit être assez large ; mais comme pour l'abaissement, il est un moyen sûr d'éviter ce danger, c'est de n'ouvrir la membrane qu'au-dessous de l'axe transversal de l'organe ; si l'on reprochait aussi à l'opération dont il s'agit de ne pouvoir faire l'extraction du cristallin dans les cas de grande mollesse de la cataracte, le reproche s'adresserait tout aussi bien et plus à la kératotomie, car nous verrons, en décrivant l'opération, que pendant sa durée, le chirurgien peut reconnaître cet état, s'il ne l'a point fait avant ; et alors pratiquer une espèce d'abaissement sans largement ouvrir la sclérotique.

« Avant d'entrer dans la description de l'instrument et du procédé opératoire, nous ferons remar-

quer que parmi les dangers reconnus par M. Pirondi à la méthode ordinaire d'extraction, il omet le plus redoutable, celui qui épouvante à tel point les chirurgiens les plus habiles, qu'ils relèguent l'extraction dans le domaine des exceptions ; nous voulons parler de l'inflammation, dont la suite presque inévitable est la perte de l'œil. Les conditions sont les mêmes dans les deux cas pour sa production : des deux côtés, large plaie qui fait communiquer l'intérieur de l'organe avec l'extérieur ; des deux côtés, nécessité, pour l'oblitération de cette plaie, d'une inflammation adhésive dont la marche peut être entravée par une foule de causes dont quelques-unes, connues, peuvent être évitées, mais dont la majeure partie nous échappe. Ajoutons que la plaie faite par la sclérotique s'adresse à des membranes très-délicates; relativement à l'issue des humeurs de l'œil, la théorie semble indiquer qu'elle est plus facile et plus directe quand la sclérotique est incisée, surtout dans ces cas difficiles, impossibles même à prévoir, où le corps vitré, ayant perdu sa consistance, s'élance d'un seul jet au-dehors, avec ou sans le cristallin. La présence de l'iris et de la capsule elle-même sont sans contredit des obstacles que l'humeur vitrée doit franchir avant de s'échapper, et qu'elle ne rencontrera point dans la scléroticotomie.

« Nous n'oublions pas d'ailleurs que nos objections sont théoriques ; mais elles sont bien excusables, ne s'adressant ainsi qu'à une méthode théorique.

« *Description de l'instrument.* — Nous ne prétendons donner à nos lecteurs qu'une idée de l'instrument de M. Pirondi, les descriptions les plus exactes n'équivalant pas en pareil cas au plus simple examen. Qu'on se figure un lithotome simple

dont le volume soit approprié au volume de l'œil, et terminé à son extrémité libre par une petite lame transversale et mobile sur les plaques qui cachent le lithotome. Ce dernier peut s'écarter plus ou moins, suivant la volonté du chirurgien, des lames qui le cachent, à l'aide d'un levier placé à la réunion du manche et de la lame. Enfin, un autre mécanisme sert à faire mouvoir le petit tranchant transversalement placé à l'extrémité de l'instrument, et c'est à l'aide de ce mouvement que le cristallin et la capsule, traversés d'abord, sont accrochés et peuvent être ramenés au-dehors.

« *Premier temps de l'opération.*—Le malade et l'œil, préparés comme pour l'abaissement, le chirurgien tenant l'instrument avec les trois premiers doigts de la main droite, en présente la pointe perpendiculairement au plan tangent à la sclérotique, pendant que le grand axe de l'instrument est parallèle à celui du corps. La pointe doit traverser la sclérotique, au lieu d'élection pour l'abaissement.

« *Deuxième temps.*—Le chirurgien fait manœuvrer à l'extérieur le manche de l'instrument, comme l'aiguille à cataracte. Dans ce temps, la pointe passe entre l'iris et la capsule cristalline.

« *Troisième temps.*—La pointe est tournée vers le cristallin, qu'elle embroche en traversant la capsule; alors, à l'aide d'un ressort, la pointe, entraînant avec elle le cristallin et la capsule est emprisonnée.

« *Quatrième temps.*—Par de légères tractions, le cristallin est détaché des corps ciliaire et vitré, puis entraîné vers la plaie de la sclérotique, qu'alors seulement agrandit le lithotome ouvert au degré convenable, par la pression du pouce, sur le levier adapté à la base de sa lame.

« Si, dans le troisième temps de l'opération, on reconnaît la mollesse du cristallin, on peut le broyer en place avec la pointe de l'instrument, que l'on retire alors sans l'ouvrir, ou que l'on peut retirer d'abord et se servir de la voie qu'il a tracée pour conduire une aiguille ordinaire dans l'œil.

« La scléroticotomie, telle qu'elle est décrite dans les livres d'opérations, se pratique simplement avec un kératotome ordinaire et une petite pince. Cette dernière traverse la plaie de 5 ou 7 millimètres faite à la sclérotique par le kératotome pour aller chercher le cristallin. L'instrument de M. Pirondi sert à tous les temps de l'opération; mais, outre qu'il est compliqué, nous ne savons jusqu'à quel point on peut compter sur lui pour saisir et retirer, sans les déchirer, le cristallin et sa capsule. »

M. Sichel a adopté pour les cataractes capsulaires secondaires, l'extraction par la sclérotique. (*Gazette des Hôpitaux*, 1841). « L'extraction par la cornée, dit-il, devient toujours très-épineuse, à cause de la difficulté de charger d'avant en arrière, à l'aide de la pince ou de l'érigne, la membrane opaque non adhérente; elle fuit le plus souvent en arrière, et n'est saisie qu'après beaucoup de tentatives infructueuses. Une procidence de l'iris, suivie de staphylôme de cette membrane, d'irrégularité, de rétrécissement, voire même quelquefois d'oblitération de la pupille, peut être la suite fâcheuse de cette méthode. Pour éviter d'une manière sûre ces inconvénients, nous avons souvent songé à pratiquer l'extraction de la capsule opaque par la sclérotique.

« On sait que Bell et Earle, en Angleterre, M. Quadri, en Italie, et dernièrement encore M. Sirus-Pirondi, ont proposé et exécuté sur le vivant, à l'exception de ce dernier, l'extraction de la cata-

racté lenticulaire primitive par la sclérotique. Si leurs essais n'ont pas eu un succès suffisant pour encourager d'autres chirurgiens à les imiter et pour empêcher les trois premiers de ces chirurgiens d'abandonner cette méthode, cela semble tenir en partie aux inconvénients généraux d'une vulnération assez étendue du globe oculaire, de l'inflammation qui doit s'ensuivre et de la sortie d'un corps volumineux comme le cristallin entre les lèvres de la plaie (1). D'autre part, le danger de cette méthode m'a paru résulter de la direction verticale donnée à la section de la sclérotique par les chirurgiens qui l'ont pratiquée sur le vivant. Il en est résulté, en effet, que les contractions du muscle droit externe éloignent toujours la lèvre externe de la plaie de l'interne qui est adhérente à la cornée; que ces contractions, comprimant en même temps les humeurs contenues dans la coque oculaire, leur communiquent une tendance à s'échapper par les lèvres de la plaie, circonstances fâcheuses, dont la réunion doit puissamment augmenter les chances d'inflammation, de suppuration et de fonte de l'œil.

« Il devrait en être autrement, me dis-je, si, au lieu d'un cristallin volumineux, *on n'extrait qu'une capsule mince* ou un lambeau de cette membrane; si, au lieu d'une section étendue, *on ne fait qu'une ponction le plus limitée possible*, et si, en outre, au lieu de verticalement, l'ouverture de la membrane fibreuse est faite *transversalement*, parallèlement aux fibres du muscle droit externe, dont les

(1) Nous renverrons, pour les accidents consécutifs à l'extraction par la sclérotique, à ce qu'en a dit M. Cunier (Ann. d'Oculistique, vol. II, p. 149-150.)

contractions alors n'écarteraient plus l'une de l'autre les lèvres de la plaie.

« L'hyaloïde étant toujours plus ou moins déchirée, et le corps vitré plus ou moins ramolli ou liquéfié par suite des opérations de cataracte pratiquées à l'aiguille, je pensai qu'il serait nécessaire, en même temps, de pratiquer la ponction de la sclérotique *le plus haut* possible; qu'on devrait choisir *les pinces les plus fines*, éviter tout mouvement brusque, trop étendu, de cet instrument, dans la crainte de produire à la fois un écartement trop considérable des lèvres de la plaie et une contraction soudaine et trop violente des muscles oculaires. Par ces moyens, on préviendrait une perte trop grande des liquides contenus, perte suivie d'affaissement de l'œil avec ou sans inflammation violente. »

Suivent quatre observations pratiquées dans la même quinzaine avec un succès complet, et qui prouvent que cette nouvelle méthode opératoire, exécutée d'après les règles tracées *à priori* par M. Sichel, a en effet les avantages qu'il lui supposait, et qu'il est permis d'espérer qu'après des essais répétés, on la reconnaîtra pour une acquisition réellement utile dans le domaine de l'oculistique. Ajoutons que cette méthode sera applicable toutes les fois que l'abaissement de la cataracte capsulaire secondaire sera impossible, à l'exception toutefois des cas d'adhérences trop étendues et de rétrécissement pupillaire notable, cas dans lesquels il faudra avoir recours à l'opération de la pupille artificielle.

l) Influence de l'opération de la cataracte.— Un des collaborateurs des *Annales d'Oculistique* avait posé cette question (vol. II, p. 51): *Quelle est l'influence qu'exerce l'opération de la cataracte*

sur la vie de ceux qui la subissent? D'après lui, les opérés de la cataracte perdraient la gaieté, seraient pris de spleen, et enfin la mort les atteindrait au bout de peu d'années.

MM. Van Onsenoort (*Nederlandsch Lancet*, *Ann. d'Oculist.*, II, p. 139), Maunoir, de Genève (*Ann. d'Oculist.*, II, p. 227), Pamard, d'Avignon (*Ibidem*, p. 230), Cambrelin (*Ibidem*, III, p. 165), Carron du Villards (*Ibid*, p. 41, *l'Esculape* 1840), ont combattu, par des faits nombreux et authentiques, l'opinion de M. X***.

Le docteur Hartmann rapporte (*Henke's Zeitschrift*, 1840), l'histoire d'un homme qui était complétement aveugle depuis 36 ans, par suite de cataracte. La dépression a été pratiquée sur le seul œil qui restait (l'autre était atrophié) : deux mois après, l'opéré pouvait lire et écrire. Ce fait offre cela de remarquable que, ainsi que le fait observer avec raison M. Chélius (*Traité cit.*, II, p. 226), la rétine et le nerf optique, inactifs pendant longtemps par une cataracte complétement développée, deviennent souvent presque insensibles; le cataracté de M. Hartmann a, lui, récupéré par l'opération une vue qui lui permettait de lire et d'écrire, résultat que l'on est loin d'obtenir toujours, même chez des individus aveugles depuis peu de temps.

Un médecin suisse, M. Berger (*Schweiz. Zeitsch. Ann. d'Ocul.*, I, p. 392), a vu l'aliénation mentale survenir chez une femme de 63 ans, qui avait recouvré la vue par l'opération de la cataracte; elle fuyait les hommes et la lumière.

11) *Glaucôme.* — Les *Annales d'Oculistique* avaient mis au concours, pour 1840-41, la question suivante :

Qu'est-ce que le glaucôme? Avec quelles maladies peut-il être confondu? Insister sur son diagnostic différentiel. Faire connaître son traitement.

La rédaction a reçu deux mémoires en réponse à cette importante question. Celui de M. le docteur Warnatz, de Dresde, a été couronné.

Ce travail, qui paraîtra dans le journal de M. Cunier, est surtout remarquable par les recherches d'anatomie pathologique auxquelles s'est livré l'auteur, et par le soin tout particulier qu'il a mis à tracer exactement le diagnostic différentiel.

Nous nous étions proposé de donner une analyse complète du mémoire de M. Schroeder Van der Kolk (*Anatomisch pathologische opmerkingen, etc. over het Glaucoma*), inséré dans le 1er fascicule des *Verhandelingen van het Genootschap ter bevordering der Genees-en Heelkunde te Amsterdam* (1841); mais nous avons vu dans le dernier cahier des *Annales d'Oculistique* (VI, p. 121), que M. Sichel allait se livrer à l'appréciation de ce travail, et nous avons abandonné notre projet.

Le mémoire que publie en ce moment M. Sichel, dans les *Annales d'Oculistique*, doit être mentionné par nous. Cet écrit, dont la partie historique n'a pas encore paru, constitue une monographie complète — selon la vraie acception de ce mot — du glaucôme. L'auteur s'est attaché à prouver que cette affection a son point de départ dans une choroïdite.

12) *Hydrophtalmie.* — Un cas remarquable d'hydrophtalmie a été rapporté par M. Cunier (*Ann. d'Oc.*, vol. IV, p. 246).

M. O'Beirne ayant publié dans la *Dublin medical*

Press plusieurs cas de cette maladie, un, entre autres, qui a été reproduit dans la livraison de juillet 1840 des *Annales d'Oculistique*, a été mis en demeure par plusieurs chirurgiens anglais de faire connaître les signes à l'aide desquels il avait pu sûrement distinguer cette maladie de l'exophthalmie.

Le chirurgien irlandais établit ainsi sa doctrine à cet égard. Selon lui, il n'y a aucun moyen direct de comparer le globe oculaire saillant ou élargi au globe oculaire sain; car celui-ci, placé profondément, échappe à toute mesure; mais les caractères suivants, empruntés à la paupière supérieure, lui paraissent suffisants pour établir ce diagnostic dans les cas obscurs.

Dans toutes les exophthalmies qu'il a observées, et elles sont en grand nombre, sans distinctions de causes, dans un cas représenté par M. Benjamin Travers (*Diseases of the Eye*, p. 223), dans un cas opéré par le professeur Todd; dans deux autres que l'auteur tient de M. Adams, et dans tous ceux qu'il a trouvés dans les auteurs, sauf M. Travers, qui a négligé, dans une observation, de noter ce caractère, toujours l'auteur a trouvé la paupière abattue sur l'œil, qu'elle recouvre en grande partie. A cette espèce de chute de la paupière se joignent plus ou moins de paralysie, un œdème notable, une coloration rouge livide, et un grand nombre de veines variqueuses parcourant en tous sens les paupières.

Nous devons ajouter que, dans les cas cités par M. O'Beirne, il se trouve quatre cas d'exophthalmie dépendant de cancer de la glande lacrymale et un de cancer du cerveau, qui avait envahi l'orbite.

Dans l'hydrophthalmie elle-même, les choses sont différentes; qu'elle soit générale, qu'elle soit partielle et bornée à la chambre antérieure, l'œil reste

plus à découvert que dans l'état normal; la paupière supérieure est refoulée en haut et en arrière; mais ni sa coloration, ni son épaisseur n'ont changé. M. O'Beirne affirme que ces différences dans la paupière permettent de distinguer sûrement les deux maladies.

M. le docteur Fréd. Pauli (de Landau) a recueilli l'observation (*V. Ammon's Monatschrift* I) que nous allons transcrire; elle doit fixer l'attention sous plus d'un rapport :

Obs. — Une femme de 30 ans, mère de quatre enfants plus ou moins scrofuleux, toujours bien portante, robuste, blonde, sanguine, fut atteinte en 1834, de la dyssenterie alors régnante; après huit jours elle était rétablie. Six semaines plus tard, manque de menstruation; une grossesse est soupçonnée. A la fin d'octobre, oppression de poitrine, toux intense, sèche, battements de cœur, abattement général; urines rares et très-rouges, léger œdème des pieds, appétit bon, sommeil naturel; vers le soir, pouls un peu accéléré; chaleur piquante des mains, amaigrissement Cette femme avait beaucoup de soucis à cause de la maladie de l'une de ses filles. Les yeux éprouvèrent bientôt un changement remarquable; de bleus, de bien formés qu'ils étaient, ils augmentèrent peu à peu de volume, et le regard devint fixe, sérieux et effrayant; les paupières pouvaient à peine couvrir les globes. Ni inflammation, ni rougeur, ni douleur. Iris de couleur naturelle, pupille se dilatant et se resserrant lentement, plus ouverte qu'à l'état normal, mais nullement angulaire ou ovale. La cornée, poussée fortement en avant, n'adhérait nulle part à l'iris. La sclérotique, dans le voisinage de la cornée, paraissait bleuâtre, matte, un peu striée, comme du gros de Naples. Toutes les parties de l'œil

étaient en général uniformément agrandies. En écartant fortement les paupières, on trouvait la partie postérieure du globe ni plus petite ni plus grande. Les milieux réfringents avaient conservé leur transparence. Les bulbes étaient durs au toucher. La malade, sans avoir de douleurs, se plaignait d'une tension qui lui faisait paraître les cavités orbitaires trop petites. Il existait une myopie assez prononcée, et les objets placés dans le lointain apparaissaient couverts d'un nuage, plus grands, quelquefois doubles. — Les symptômes de la poitrine, en rapport de causalité avec l'hydrophthalmie, portèrent à employer la digitale; après quatre semaines la malade était rétablie; la vue est redevenue bonne et normale, mais les yeux ont conservé une expression d'un hagard tout particulier, et leur état est resté tel qu'il a été décrit plus haut.

Nous croyons pouvoir affirmer avec M. Pauli que l'hydrophthalmie était due dans ce cas à la cessation trop prompte de la dyssenterie. La digitale, qui a si rapidement agi contre la maladie de la poitrine, est restée sans aucun effet sur l'hydrophthalmie. Après avoir inutilement mis en usage une foule de moyens locaux ou internes, M. Pauli a proposé la ponction, mais elle a été repoussée par la malade, toute anomalie visuelle ayant cessé.

D'après M. Bruck (d'Osnabruck), l'hydrophthalmie surviendrait souvent chez la femme comme complication de chlorose et surtout d'hystérie (*Casper's Wochenschrift*, 11 juillet 1840); la cessation des règles, ou le retard dans leur apparition à l'époque de la puberté, la précéderaient.

13) *Hypopion.* — Selon M. Schindler, de Greifnberg (*von Ammon's Monats.*, I), on ne doit pas re-

courir à la ponction de la cornée dans l'hypopion ; il appuie son opinion sur plusieurs faits qu'il signale, où l'absorption a eu lieu par les seules forces de la nature. Deux fois, il a vu la cornée se perforer, et l'épanchement purulent être évacué par l'ouverture accidentelle.

14) *Hémophthalmie*.—Voilà un sujet sur lequel il reste immensément à dire, bien que les recherches de M. Carron du Villards, publiées dans la *Gazette médicale de Paris* (*Annales d'Oculistique*, I et II, *Encyclographie*, 1838 et 1840), l'aient considérablement éclairé. Le mémoire de M. Béger, de Dresde, couronné par les *Annales d'Oculistique*, et qui va être inséré dans ce journal, fera mieux connaître cette partie si négligée de la pathologie oculaire.

Le docteur Maslieurat-Lagemard a traité, dans ces derniers temps (*Archives générales de médecine*, 1841), de l'ecchymose de l'œil et des paupières comme moyen de diagnostic dans les plaies de tête.

L'auteur rappelle d'abord l'existence du feuillet aponévrotique qui s'étend du pourtour de l'orbite aux cartilages tarses, et qui sépare le tissu cellulaire intra-orbitaire et sous-conjonctival d'avec le tissu cellulaire des paupières. Lors donc que, par le fait de contusion ou de plaie, du sang s'épanche sous l'aponévrose occipito-frontale, il pourra bien venir constituer une ecchymose dans l'épaisseur des paupières, mais jamais il n'infiltrera le tissu sous-conjonctival. Si la tache sanguine paraît de bonne heure aux paupières et s'y manifeste avant qu'on puisse la voir sur la peau qui est entre l'orbite et le lieu où existe la plaie, c'est à cause de la texture fine et de la transparence du tégument palpébral. Il va sans dire que si le point contus était placé à la partie

postérieure du crâne, ce serait sous la peau du cou que se propagerait l'extravasation du sang.

Quant aux ecchymoses sous-conjonctivales, elles reconnaissent deux causes distinctes : 1° une contusion ou une déchirure des vaisseaux de l'œil ou de la conjonctive ; 2° un amas de sang dans la cavité orbitaire, quel que soit le lieu d'où il y est conduit. Lorsque l'ecchymose sous-conjonctivale apparaît à la suite d'un coup sur l'œil, c'est une preuve que la violence n'a pas borné son action aux paupières, et que le globe oculaire lui-même a été contus. Quand au contraire il existe une fracture du crâne, l'ecchymose envahit d'abord la conjonctive ; et, bien qu'elle puisse s'étendre consécutivement au tissu cellulaire palbébral, après avoir percé l'aponévrose qui est entre lui et le tissu cellulaire intra-orbitaire, l'époque différente de sa formation ne permet pas de la confondre avec celles qui tiennent à une lésion des parties extérieures du crâne. Notons encore que, dans le cas de fracture, c'est la paupière qui devient le plus souvent le siége de l'infiltration sanguine.

Nous mentionnerons ici deux faits, qui eussent peut-être mieux trouvé leur place dans une des parties précédentes de notre travail. Il s'agit de deux cas d'hëmorrhagie de la conjonctive rapportés par le docteur Hocken (*London Med. Gazette*, août 1840).

Obs. I. — Un enfant est présenté à l'infirmerie oculaire (West of England Eye-infirmary) pour être traité d'une ophthalmie purulente datant de plusieurs jours, et accompagnée d'une abondante sécrétion ; les cornées cependant sont transparentes. Le lendemain de son entrée

un écoulement sanguin a lieu par les deux yeux ; le sang sort, mêlé à de la matière purulente, de la surface de la conjonctive. Cette membrane est profondément injectée et ecchymosée.

Obs. II. — Dans un autre cas, il s'agit d'un enfant de quatre ans, scrofuleux, atteint de bronchite. Les deux yeux se sont congestionnés ; la conjonctive est devenue ecchymosée et a laissé écouler lentement beaucoup de sang de sa surface. Quelques lotions astringentes ont suffi pour dissiper ce symptôme.

A l'occasion de ces faits, M. Rognetta a publié les réflexions suivantes (*Gazette des Hôpitaux*, 1840, n° 110) :

« Dans la première de ces observations, il s'agit « d'une circonstance facile à apprécier : l'enfant « était atteint d'ophthalmie purulente, c'est-à-dire, « de phlogose au plus haut degré (hyperphlogose), « puisque les tissus enflammés sécrétaient du pus. « Or, il est facile de comprendre que le même de- « gré de violence morbide peut tellement conges- « tionner le sang dans les capillaires de la conjonc- « tive qu'il soit forcé d'en sortir, de s'extravaser. « C'est ce qui arrive dans la maladie si fréquente « qu'on appelle chémosis ; seulement, dans ce cas, « le sang s'extravase dans le tissu cellulaire sous- « conjonctival, tandis que dans le fait dont il s'a- « git, l'extravasation a eu lieu probablement aux « deux faces de la conjonctive, et plus particulière- « ment à la face antérieure. Cette circonstance « confirme parfaitement la doctrine de Lobstein « sur les phlogoses, c'est-à-dire, qu'il est un certain « degré de cette maladie dans lequel le sang quitte « les vaisseaux, et ce degré il l'a appelé *métaphlo-* « *gose*. L'hyperphlogose est un degré au-dessus de

« la métaphlogose, puisque les tissus sécrètent du « pus, et la métaphlogose est un degré supérieur « de l'épiphlogose, puisque, dans cette dernière, « au lieu de sang, les tissus ne sécrètent que de la « fibrine ou de la lymphe plastique, tandis que « dans un degré plus élémentaire, la matière sé- « crétée est tout simplement du sérum, comme « dans la plupart des hydropisies. Ces quatre de- « grés se rencontrent dans la conjonctive comme « dans les autres tissus, et leur connaissance con- « duit à des conséquences pratiques importantes, « qu'un manque de réflexion a fait méconnaître « jusqu'à présent.

« On ne confondra pas cette espèce d'hémorrha- « gie de la conjonctive, qui se rencontre surtout « chez les enfants nouveau-nés, avec celle qui a « lieu sans phlogose, comme dans la seconde ob- « servation. On a vu des femmes dont les règles, « supprimées par les voies naturelles, s'effectuaient « par les vaisseaux de la caroncule lacrymale et de « la conjonctive. L'apoplexie oculaire a lieu quel- « quefois de cette manière par exosmose des vais- « seaux du corps ciliaire et de la face postérieure de « l'iris, qui sont en continuation avec le plexus san- « guin de l'œil, la choroïde. Dans tous ces cas les « saignées du bras sont fort utiles. »

La variété d'hémophthalmie à laquelle appartiennent les faits commentés par M. Rognetta, est désignée par les Allemands sous le nom de *Bluttweinen*, *Thränenbluttfluss*; Schmidt l'a appelée *Dacryohaemorrhosis*; d'autres lui ont appliqué la dénomination de *Haematodacrysis*. M. le docteur Kersten, de Magdebourg, en a donné une monographie dans le *Rust's Magazin* (1841, Bd 50, h. 1). Selon ce praticien, la source de cette hémophthalmie est double;

elle peut-être due 1) à une sécrétion de « *larmes sanguines* » provenant de la glande lacrymale ; 2) à une hémorrhagie provenant des vaisseaux du bulbe, des paupières ou de la caroncule lacrymale. Le premier genre est excessivement rare ; il a été observé par Schmidt, Berndt, von Raimann, etc. « dans les congestions de la glande lacrymale, qui se remarquent dans le scorbut, la fièvre typhoïde, l'ictère. » M. Kersten divise les hémorrhagies du second genre, en *a*) idiopathiques, *b*) substitutives d'autres hémorrhagies, *c*) symptomatiques de certaines ophthalmies. Les premières sont rarement observées ; on a vu les secondes remplacer les flux hémorrhoïdal et menstruel. Pour ce qui est des troisièmes, elles se montrent dans quelques ophthalmies purulentes, surtout dans celles des nouveau-nés, et chez les cachectiques.

15) *Fongus médullaire de l'œil.*—M. Broers, professeur à la Faculté de médecine de Leide, dans une communication faite à la Société médico-chirurgicale d'Amsterdam, et que nous ne connaissons malheureusement que par quelques lignes du compte-rendu des travaux de cette compagnie (p. 13 des *Verhandelingen*, etc., citées plus haut), s'est longuement occupé du fongus médullaire de l'œil. Espérons que le savant chirurgien hollandais livrera son travail à l'impression ; la science et l'humanité y trouveront leur compte. Les faits d'anatomie pathologique qu'il a rassemblés jetteront sans doute un grand jour sur la question.

M. Cunier donne (*Ann. d'Oculist.*, VI, liv. 4) l'histoire d'un fongus médullaire, ayant débuté sur l'œil droit, lequel a été extirpé, et qui s'est ensuite manifesté à l'œil gauche et a été suivi de mort. L'œil extirpé a été remis à M. Gluge, qui en a donné une

description anatomique détaillée (*Anatomisch mikroskopische Untersuchungen zur allgemeinen und speciellen Pathologie*. Jena, 1841. Zweites Heft.) M. Gluge a cru devoir donner à la dégénérescence qu'il a examinée au microscope, le nom de *Iridoplasma* (p. 38), à cause des variétés de coloration qu'elle présentait, et pour la distinguer du fongus médullaire ordinaire, dont elle différait complétement.

M. Heyfelder (*v. Ammon's Mon.*, 1840, p. 390) a dû extirper, presque au début du mal, un œil affecté de fongus médullaire; l'enfant, âgé de 18 mois, a survécu. L'examen anatomique de l'œil enlevé est rapporté dans les termes suivants :

La conjonctive était boursoufflée et décolorée, la cornée trouble et ratatinée; il n'existait plus la moindre quantité d'humeur aqueuse; l'iris était décoloré, et touchait la cornée; il ne restait plus qu'une strie étroite (schmalen Streifen) de pigment; le cristallin était opaque et ramolli; derrière lui existait une masse difforme, glauque (grünlich-trube), sale. M. Heyfelder se demande si c'était là une dégénérescence du corps vitré. Cette masse était entourée de la choroïde Entre cette membrane et la sclérotique, qui n'était pas altérée, se trouvait une couche de fongus médullaire adhérant intimement avec la partie postérieure de la sclérotique, recouvrant également sa face externe et se continuant jusque dans le voisinage de l'iris. Le fongus avait l'aspect d'une masse épaisse et lardacée, d'une couleur uniformément rougeâtre; on y remarquait deux cavités vides. Le nerf optique se laissa facilement détacher de la masse qui l'entourait; il n'était pas altéré; il présentait une petite tache noire, dans le voisinage du globe.

M. Rapp, professeur à Tubingue, a examiné la production au microscope : le fongus se composait de globules pas tout à fait réguliers, d'une grosseur inégale ; leur intérieur renfermait quelques nucléons. M. Rapp pense que l'on a eu ici affaire à la première variété du carcinôme médullaire de Müller. On ne trouva pas les corpuscules à queue (geschwanzten) que M. Valentin a notés dans le fongus médullaire, et que M. Rapp a aussi rencontrés une fois.

Un journal hollandais (1) renferme l'observation suivante, rapportée par M. Van der Hegge Zynen, chirurgien à La Haye.

Obs. — Une fille de deux ans, née de parents scrofuleux, avait été atteinte plusieurs fois, depuis quelque temps, d'ophthalmie scrofuleuse de l'œil droit; une médication altérante, divers autres moyens fort convenables avaient été mis en usage avec un succès apparent. Mais bientôt les symptômes s'accrurent, des taies recouvrirent la cornée, qui perdit entièrement sa transparence. Les moyens employés n'enrayèrent pas le mal. Le globe ne tarda pas à augmenter du volume; il y eut exophthalmie. On crut à une hydrophthalmie ! ! ! Cet état ne dura point; sous l'influence d'un collyre saturé de teinture de galbanum, le globe revint peu à peu sur lui-même, reprit enfin son volume naturel; la vision était presque totalement absolie.

Peu de temps après, on s'aperçut que l'œil diminuait

(1) Boerhaave, *Tydschrift voor genees-heel-verlos-en artsenymenghunde*, door Van de Kasteele en Holtrop. 'S Gravenhage, 1840.

sensiblement de volume, comme si une véritable atrophie allait survenir. Les membranes s'altérèrent dans leur couleur et leur structure anatomique. La cornée devint jaunâtre et s'affaissa; il se manifesta un ptosis de la paupière supérieure; on crut que l'œil serait absorbé insensiblement. (*Men meende dat hier langzamerhand absorptie van het oog zou plaats hebben*); mais tout à coup il se développa une violente inflammation accompagnée d'une forte rougeur et d'augmentation de volume des parties encore contenues dans l'orbite. Le traitement fut aussi dérivatif et aussi antiphlogistique que possible. La cornée disparut entièrement, le globe prit un aspect sarcômateux, proémina bientôt hors des paupières et prit le caractère d'un fongus de mauvaise nature, surtout sous l'influence de son exposition à l'air. Une ulcération d'un mauvais caractère prit la place de la cornée; elle augmenta jusqu'à la mort.

L'aspect extérieur du cadavre offrit les particularités suivantes: émaciation considérable; couleur jaune-terreuse (vaal-gele) de la peau.—L'œil droit était converti en une masse bosselée, multicolore; l'œil gauche, dont on voyait les membranes, offrait en son centre une tumeur spongieuse du volume d'une noisette, sortant des paupières. Le côté droit du cou et de la face présentait une tuméfaction dure, bosselée, bleuâtre. La région hypogastrique était légèrement gonflée et dure au toucher; les extrémités inférieures œdématiées.

Ouverture du cadavre. Les os du crâne étaient durs, épais, très-blancs; leur face interne était recouverte de petites plaques d'une couleur rouge foncé. L'auteur dit que ces plaques sont pour lui une démonstration de l'état de maladie des vaisseaux qui unissent la table interne du crâne et la dure-mère; c'est là, dit-il, ce qui constitue une angiectasie, état désigné par plusieurs

auteurs, entre autres par Hodgson, sous le nom d'anévrysme par anastomose. — Des plaques analogues existaient à la surface externe de la dure-mère ; vues à la loupe, elles avaient une apparence spongieuse (sponsachtig) ; ces plaques étaient plus nombreuses à l'union de cette membrane avec le plancher supérieur de l'orbite, surtout du côté gauche. — Cette membrane était d'ailleurs saine dans toute son étendue; entre elle, l'arachnoïde et la pie-mère, il existait de la sérosité en plus grande abondance que dans l'état naturel. Cette sérosité était surtout plus abondante entre la pie-mère et le cerveau ; on ne trouva aucune altération pathologique visible dans le cerveau ; les nerfs optiques étaient sains.

La voûte orbitaire supérieure ayant été enlevée, on découvrit dans l'orbite du côté droit les restes de l'œil qui étaient convertis en une masse dure et puante (stinkende). Le nerf optique était entièrement séparé (*afgescheiden*) du globe. Le périoste de l'orbite et des paupières était sain. La sclérotique put être reconnue à gauche; on put difficilement retrouver la choroïde. Les autres membranes et les humeurs de l'œil avaient entièrement disparu et étaient converties en une masse diversement coloriée. La tumeur de la partie droite du cou et de la face n'était rien autre qu'une dégénérescence de la parotide, dont on ne retrouva aucun vestige.

Diverses altérations furent notées dans la cavité abdominale.

Telle est l'observation rapportée par M. Van der Hegge Zynen ; nous avons fidèlement traduit sa relation. Nous n'acceptons pas pour nous le vague qu'elle présente. — D'après le chirurgien de La Haye, ce cas est surtout remarquable à cause de la non-altération des nerfs optiques à l'intérieur du

crâne, bien que la mort ait été le résultat de l'affection.

C. *Lésions dynamiques, sans altération organique appréciable durant la vie.*

a.) *Ophthalmoplégie.*— Le docteur Jacob a traité (*Dublin medical Press*, 1841) des paralysies et d'autres maladies nerveuses de l'œil. Il s'est attaché d'abord à déterminer le rôle particulier de chacun des muscles orbitaires dans l'exercice de la vision. Il n'admet pas qu'aucun d'eux puisse imprimer au globe oculaire des changements capables d'assurer la vue à diverses distances; le tissu cellulaire du fond de l'orbite est trop mou pour servir de point d'appui, et d'ailleurs, si tel était l'usage de ces muscles, il devrait y avoir myopie ou presbytie lorsqu'ils sont paralysés; or, la faculté de voir de près comme de loin demeure intacte(???) dans la paralysie si fréquente de la troisième paire. Quel est donc l'effet produit par les muscles obliques? Il consiste en une rotation du globe oculaire sur son axe antéro-postérieur, avec un léger mouvement par lequel la cornée est dirigée un peu en haut et en dedans, quand le petit oblique agit, et en bas et en dehors lorsque c'est le grand oblique. Ce déplacement, du reste, est extrêmement faible, et c'est probablement pour cela que des expérimentateurs attentifs, tels que Ch. Bell et M. Duffin, l'ont méconnu. Le premier, en effet, dit qu'après avoir coupé les deux obliques, les mouvements volontaires de l'œil n'avaient subi aucune altération; et le second, ayant divisé les quatre muscles droits, vit le globe oculaire rester immobile et la pupille fixée au centre de l'orbite. Il n'est cepen-

dant pas impossible de constater l'influence des muscles, et l'occasion de le faire se présente, du moins pour le supérieur, dans les cas de paralysie de la troisième paire, et bien mieux encore dans ceux de la troisième ainsi que de la sixième, où le nerf qui anime ce muscle a seul conservé son pouvoir. M. Jacob rapporte des observations de ce genre. Chez une femme où le nerf moteur oculaire commun avait seul perdu ses fonctions, l'œil à l'état de repos se dirigeait un peu en dehors, et lorsqu'on prescrivait à la malade de regarder en bas, l'œil tournait vers la tempe par un simple mouvement de rotation, et sans que la pupille se portât sensiblement en bas. Dans ce cas, ajoute-t-il, l'œil est plus saillant que d'habitude; mais je l'attribue plutôt à quelque maladie de l'orbite qu'à la prédominance d'action du grand oblique.

Si la quatrième paire était isolément frappée de paralysie, ce serait là l'occasion d'une contre-épreuve aussi intéressante que décisive; mais cette lésion existe-t-elle réellement? M. Jacob fait observer avec raison que, dans sa doctrine, la question est très-difficile à résoudre, puisque le mouvement qu'il attribue au grand oblique est si délicat, si léger, qu'on aura sans doute beaucoup de peine à décider s'il manque, au milieu de l'action des autres muscles continuant leurs fonctions naturelles. Cependant, on ne voit pas pourquoi le pathétique ne pourrait pas, comme les autres nerfs de l'orbite, subir l'influence des lésions auxquelles la longueur de son trajet et sa gracilité semblent au contraire le rendre plus exposé. L'auteur serait même tenté de rapporter à cette paralysie du nerf pathétique certaines altérations de la vision dont on serait fort embarrassé de trouver ailleurs la véritable cause.

Telle est la diplopie, avec trouble de la vue et peu ou point de strabisme, maladie désignée sous le nom de *monoblepsis* par M. Mackenzie. Il cite cinq cas de ce genre, un observé par M. Mackenzie, un par Reed, un par Sir Ev. Home, et deux par lui-même; dans trois de ces observations, le malade ne voyait double que lorsqu'il regardait des objets éloignés. Du reste, la vue double existe aussi dans les paralysies de la sixième paire, mais seulement lorsqu'on regarde du côté affecté.

Un autre point de pratique sur lequel l'auteur apporte le résultat de son expérience, est la destruction de l'œil qui suit les paralysies de la cinquième paire. Ch. Bell, et avec lui plusieurs autres physiologistes, attribuent l'ulcération de la cornée à ce que le besoin du clignement n'étant plus perçu, ce mouvement cesse, et les corps étrangers restent à la surface de l'œil, où ils produisent une irritation, point de départ des phénomènes ultérieurs. Mais si cette explication était fondée, la même chose ne devrait-elle pas arriver lorsque la conjonctive est mise à découvert par un ectropion ou par la paralysie de l'orbiculaire. Et cependant l'on sait qu'il n'en est pas ainsi, et que tout se borne dans ces cas à une légère inflammation catarrhale de la conjonctive? Il est donc plus rationnel de regarder la fonte de l'œil comme essentiellement due à la lésion de la cinquième paire, et l'auteur rappelle à ce sujet qu'il a vu cette ulcération de la cornée survenir à la suite de névralgie du trifacial, chez des sujets où il n'existait par conséquent aucune paralysie de ce nerf.

M. Van Roosbroeck (*Ann. de la Soc. des Sc. méd. et nat. de Bruxelles*, 1841) a eu recours avec succès à l'électricité dans un cas d'ophthalmo-

plégie partielle. Il s'est occupé, à ce propos, de l'emploi de l'électricité comme moyen curatif des paralysies des muscles oculomoteurs.

β.) *Strabisme.* — M. Baudens (*Leçons sur le strabisme*, etc., mars 1841) a inventé une nouvelle espèce de strabisme. « Il existe, dit ce chirurgien, une espèce de loucherie non décrite jusqu'à ce jour et que nous n'avons rencontrée qu'une seule fois sur un chiffre de plus de 800 opérés de déviation oculaire ; nous l'appelons *strabisme fixe double divergent!!* On le reconnaît aux signes suivants : Les deux globes oculaires sont portés si fortement en dehors, que les deux tiers de la pupille se cachent sous l'angle orbitaire externe des paupières, sans qu'il soit possible de les ramener d'une seule ligne vers le centre de l'orbite, si ce n'est par des efforts physiques ; les yeux fixes, immobiles, comme vitrés, donnent à la physionomie un aspect qui saisit d'effroi. » En définitive, cette déviation est tout bonnement un strabisme externe double, de la variété à laquelle M. Cunier a donné le nom d'*ankylosé*. Elle n'est pas excessivement rare.

La guérison du strabisme par la myotomie est venue renverser les théories reçues sur la nature et les causes de cette difformité.

M. Cunier a cherché, le premier (*Annales d'Oculistique*, III, septembre 1840. — *Sur la myotomie appliquée au traitement du strabisme*, *Paris*, 1840), à appliquer au strabisme la théorie de M. Guérin sur la déviation des membres par rétraction musculaire, qu'il divise en active et en passive ou consécutive.

M. Guérin a repris plus tard l'œuvre ébauchée par M. Cunier, qu'il n'a point cité ; le 25 janvier

1841, il a lu à l'Académie des Sciences de Paris (1) un mémoire « ayant pour objet de démontrer qu'il « y a deux sortes de strabisme, d'une nature tout « à fait différente, dans lesquelles se résolvent « toutes les variétés connues et à connaître de « cette difformité : l'une qu'il appelle strabisme « *mécanique*, ou *musculaire primitif* (c'est le « strabisme musculaire actif de M. Cunier); l'autre « *optique* ou *musculaire consécutif* (c'est celui « que M. Cunier a appelé musculaire passif); que le « strabisme mécanique et le strabisme optique ont « des caractères parfaitement distincts; que l'un « est toujours susceptible de guérison, ou du moins « d'amélioration, par la section des muscles de l'œil; « que l'autre, au contraire, ne doit jamais être « opéré, parce qu'il est toujours réfractaire à l'opé- « ration. »

M. Guérin établit les propositions suivantes (*l. cit.*)

I.—*Tous les mouvements de l'œil se rapportent à deux ordres : aux mouvements mécaniques ou subordonnants, et aux mouvements obliques ou subordonnés.*

II. — *Il y a deux espèces de strabisme, qui correspondent aux deux espèces de mouvements de l'œil : le strabisme mécanique ou musculaire actif, et le strabisme optique ou musculaire passif.*

III. — *Le strabisme mécanique est le produit de la rétraction musculaire active, et les variétés de cette difformité, le produit des divers modes, des divers degrés de la rétraction diffé-*

(1) Voir Gaz. méd. de Paris, 29 janvier 1841, p. 209.

rement distribuée et combinée dans les muscles de l'œil.

M. Phillips, qui a contredit M. Guérin sur tous les points, pour le plaisir de le contredire, et sans trop s'embarrasser si les raisons qu'il apportait étaient, ou non, valables, s'est jeté en travers des propositions ci-dessus (1), de tout le poids de sa statuette-Dantan. Ainsi que l'a dit avec raison M. Fabre (*Dict. des dict. de méd.*, art. *Strabisme*, p. 287), « il eût été à désirer que M. Phillips et les chirurgiens qui partagent son avis, mettant de côté toutes questions de personnes, eussent donné un peu plus de développement à leur opinion. »

M. Baumgarten (v. *Ammon's Monatsschrift*, III, 1840, et *Das Schielen und dessen operative Behandlung*, Leipzig, 1841), rapporte à quatre ordres les causes du strabisme.

I.—*Maladies du bulbe.* 1) Maladies de la cornée. (Troubles, taches, staphylôme, ptérygion).—2) Maladies de l'iris. (Synéchies, colobome, ectopies de la pupille.) — 3) Maladies du système cristallin. Cataracte (particulièrement la cataracte centrale congénitale.) — 4) Maladies du corps vitré. (Changements qualitatifs et quantités dans la reproduction. — Hydrophthalmie. Synchise.) — 5) Maladies de la rétine. (Développement de la faculté de voir, sur un

(1) De la Ténotomie *sous-cutanée*, ou des opérations qui se pratiquent pour la guérison des pieds-bots, du torticolis, de la contracture de la main et des doigts, des fausses ankyloses angulaires du genou, du *strabisme*, de la *myopie* du bégaiement; par le docteur Ch. Phillips accompagné de douze planches. Paris, 1841. — Tel est le titre du livre où M. Phillips combat M. Guérin, p. 210-212.

seul côté de cette membrane, dans l'enfance. — Insertion anormale du nerf optique. — Amblyopies. — Amauroses.)

II. — *Maladies des muscles oculaires.* 1) Maladies organiques. *a*) Vices congénitaux des seuls muscles. *b*) Insertion anormale des extrémités musculaires. *c*) Atrophies. *d*) Hypertrophies. *e*) Dégénérescences graisseuses. *f*) Véritables raccourcissements. *g*) Dégénérescences fibreuses. 2) Maladies dynamiques. *a*) Inflammations (et particulièrement la myosite rhumatismale et scrofuleuse). *b*) Spasmes. *α*] Spasmes toniques et habituels. *β*] Spasmes cloniques. *c*) Affections paralytiques.

III. — *Maladies des nerfs du mouvement.* 1) Maladies organiques occasionnées, *a*) par des affections organiques du cerveau, *b*) par des maladies organiques des muscles qu'ils parcourent. 2) *Névroses.* *a*) Avec augmentation de l'irritabilité (crampes toniques et cloniques). *b*) Avec diminution de l'irritabilité (paralysies).

IV. — *Maladies de l'orbite.* 1) Arrêt de développement. 2) Tuméfaction. (Exostoses. — Nodi. — Tophi. — Anévrysmes, etc.)

Nous nous bornons à indiquer cette étiologie, sans suivre M. Baumgarten dans les développements où il est entré.

M. Cunier a examiné les causes du strabisme (l. cit.) sous les quatre groupes qu'en a faits M. Rognetta :

I. — *Inégalité congénitale et accidentelle dans la force des deux rétines.*

II. — *Inégalité et désharmonie dans la force des muscles de l'œil.*

III. — *Déviation mécanique de l'axe visuel.*

IV. — *Habitude vicieuse et imitation.*

M. Verhaeghe (*Mém. sur le strab.*, Bruges 1841), s'est occupé assez longuement des causes du strabisme. « Comme point de départ, dit-il, p. 6, j'ai traduit l'article *strabisme*, de M. Kessler, qui se trouve dans le grand ouvrage de chirurgie de Rust » M. Verhaeghe a ajouté, en forme d'annotations, ce que l'expérience lui a appris. Mais cette expérience a fort souvent conduit l'auteur aux mêmes réslutats que M. Cunier, qui a écrit plusieurs mois avant lui. M. Verhaeghe dit bien dans sa préface (p. 3), « que « son essai était prêt à être mis sous presse lorsque « les journaux ont annoncé le mémoire de M. Cu- « nier, intitulé : *Sur la myotomie appliquée au* « *traitement du strabisme.* » Or, ce mémoire n'est qu'un extrait à part des *Annales d'Oculistique*, des mois de juin, septembre et octobre 1840; M. Verhaeghe devait donc le connaître lorsqu'il a écrit son essai : aussi nous inscrivons-nous contre les raisons derrière lesquelles il se retranche, pour s'excuser de n'avoir ni cité M. Cunier, ni signalé les points de doctrine qu'il lui a empruntés. « M. Cunier, dit « M. Verhaeghe, a traité ce sujet avec sa sagacité « ordinaire, et en bon observateur. Ma première « idée fut de ne pas livrer ce faible essai au public, « ou bien de le modifier en mettant à profit les lu- « mières de mon savant confrère de Bruxelles, et « pour combattre quelques points sur lesquels nous « ne sommes pas d'accord ; mais sur l'observation « de quelques amis, je le donne tel qu'il est, afin « de laisser le public médical juger entre nous « deux. » M. Cunier témoigne ici toute sa gratitude à M. Verhaeghe pour les éloges qu'il veut bien lui adresser ; mais cela ne l'empêche pas de protester contre la conduite qu'il a tenue à son égard.

Un Monsieur E. B. écrit dans la *Revue des spé-*

cialités (septembre 1841, p. 365), que « c'est avec « étonnement qu'il a remarqué qu'aucun médecin « n'avait signalé les diverses formes d'ophthalmie « comme causes de strabisme. M. le docteur Duval, « ajoute-t-il, a interrogé un grand nombre de per- « sonnes affectées de cette lésion, et les deux tiers « ont fait remonter la cause de leur déviation ocu- « laire à des ophthalmies. Il a vu lui-même nombre « de fois le strabisme être la conséquence d'oph- « thalmies rhumatismales et scrofuleuses. » Puisque M. E. B. « *se propose de revenir sur cette question*, » nous lui conseillons d'ouvrir les *Annales d'Oculistique*, à la page 279 du volume III, ou bien le mémoire de M. Cunier *sur la myotomie appliquée au traitement du strabisme* (p. 67-69), selon que l'un ou l'autre de ces ouvrages sera à sa disposition, et il y verra que M. Cunier a émis, précisément une année avant M. Duval « *cette donnée aussi nouvelle qu'intéressante*, » et qu'il est entré, à ce sujet, dans d'assez longs détails, reproduits presque textuellement par M. Verhaeghe (l. cit., p. 25), qui n'a pas mentionné le nom de son confrère de Bruxelles.

M. Fleussu a rappelé et rassemblé dans sa *Revue des travaux d'anatomie et de physiologie oculaires, publiés pendant* les années 1840 et 1841, tout ce qui a été écrit sur l'anatomie et la physiologie des muscles de l'œil et leur intervention dans la production du strabisme (1).

Après avoir indiqué dans un mémoire inséré dans l'*Examinateur médical* (reproduit dans les

(1) Annales d'Oculistique, vol. VI, liv. 2, novembre 1841.

« 1° *Causes physiologiques de l'association d'action des différents muscles de l'œil.* — Ces causes comprennent, d'une part, la distribution des filets nerveux qui se rendent à différents muscles droits conjointement avec les obliques ; d'autre part, la simultanéité des mouvements physiologiques auxquels concourent plusieurs muscles animés soit par des filets nerveux, soit par des filets de nerfs différents.

« Au premier point de vue, on sait que les mêmes filets qui animent plusieurs muscles droits, se rendent également à l'oblique inférieur. Ainsi, le moteur oculaire commun se distribue à la fois à ce muscle et aux droits interne, supérieur et inférieur. Ceci rend donc compte, jusqu'à un certain point, de l'association d'action du petit oblique et de ces trois derniers muscles, dans les mouvements physiologiques du globe oculaire. De plus, on peut présumer qu'une affection nerveuse atteignant le moteur commun dans les filets qui se rendent aux muscles droits, devra souvent l'atteindre également dans les filets qui se rendent à l'oblique inférieur, et par conséquent, que la rétraction des premiers de ces muscles, sous l'influence de cette affection nerveuse, devra souvent s'accompagner de la rétraction du dernier.

« Au second point de vue, l'association d'action physiologique ou pathologique, soit du petit oblique avec le droit externe, soit du grand oblique avec les quatre muscles droits, ne peut être déduite de la distribution des filets nerveux ; mais il est plus facile de s'en rendre compte par la simultanéité des mouvements physiologiques. En effet, tous les mouvements des muscles de l'œil, quoique desservis par des filets nerveux différents, probablement dans un

but différent, peuvent être néanmoins simultanés, car l'œil, pour voyager dans tous les sens, pour s'adapter à toutes les directions et à toutes les distances des objets, pour réaliser en un mot toutes les conditions nécessaires à l'exercice de la vision, met en jeu, successivement ou simultanément, la contraction de tous ses muscles. On est donc fondé à supposer que cette association peut exister également dans la rétraction pathologique. N'est-ce pas, en effet, ce qu'on observe dans certaines difformités des membres où l'on trouve souvent rétractés simultanément, non-seulement les muscles ordinairement associés dans les mouvements physiologiques, mais encore ceux qui desservent des mouvements en apparence opposés? Dans le pied bot, dans les déviations de genoux, on voit souvent la rétraction simultanée des fléchisseurs et des extenseurs. Ordinairement, à la vérité, l'association a lieu entre les muscles chargés de concourir aux mêmes mouvements, mais le contraire s'observe fréquemment, et par conséquent l'intervention simultanée, dans le strabisme, de muscles animés par des filets nerveux d'origine différente, est plus conforme que contraire aux lois de la physiologie. Toutefois, nous devons dire que l'intervention active et primitive de l'oblique supérieur nous a paru avoir lieu moins fréquemment que celle de l'oblique inférieur.

« Indépendamment de l'intervention primitive des muscles obliques dans le strabisme, il est encore facile de comprendre, par ce que nous avons dit précédemment de leur action auxiliaire, comment ils peuvent consécutivement concourir au maintien de la difformité. Supposez un strabisme produit par la rétraction active d'un muscle droit, dans un sens et à un degré tels que l'insertion oculaire des obli-

ques se déplace par rapport au plan transversal de l'œil, et que leurs deux extrémités se trouvent rapprochées, comme on le voit surtout dans le strabisme externe. Dans ce cas, les obliques, agissant d'une part dans le sens de la déviation oculaire, tendront sans cesse à l'augmenter; et d'autre part, par leur raccourcissement consécutif, contribueront au maintien de la difformité, et apporteront un obstacle de plus au redressement. Il en serait de même, sans doute, de l'oblique inférieur dans un cas de strabisme en haut, réalisé par le droit supérieur, de l'oblique supérieur dans un cas de strabisme en bas, réalisé par le droit inférieur, comme il en serait de même de tous les muscles de l'œil, droits ou obliques, les uns par rapport aux autres. Ceci n'est qu'une application particulière d'une loi générale que nous avons formulée pour toutes les difformités.

«Ainsi donc, par les considérations qui précèdent, on comprend comment les deux muscles obliques peuvent concourir activement à la réalisation et à l'entretien de certaines formes du strabisme; comment l'intervention active du grand oblique est moins fréquente que celle du petit oblique; et enfin, comment l'intervention de ces deux muscles peut avoir lieu secondairement par le changement de leurs rapports de direction, et par le retrait passif et consécutif de leurs fibres.

« 2° *Caractères physiologiques distinctifs de l'action des muscles des obliques.* — Disons-le tout de suite, nous ne sommes pas en mesure de déterminer tous les cas de strabisme où la déviation du globe oculaire peut être la représentation fidèle et complète de l'action exclusive des muscles obliques, isolément ou simultanément rétractés. Il serait même le plus souvent difficile, si ces cas se présentaient à

l'observation, de les reconnaître à des caractères spécifiques, et de les distinguer de ceux qui seraient produits par la combinaison d'action de plusieurs muscles droits entre eux ou avec les obliques; car cette combinaison peut toujours produire, jusqu'à un certain point, quelques-unes de formes de la déviation qui résulterait de l'action isolée ou simultanée de ces derniers. Cependant il est une circonstance qui pourrait, dans quelques cas, caractériser l'action des obliques, c'est la fixité du globe oculaire.

«Dans le cas de rétraction isolée, mais considérable de l'un de ces muscles, l'œil serait maintenu fixe dans une position représentative de l'action physiologique du muscle rétracté, et seulement dans cette position. Ainsi l'œil serait porté et maintenu fixe en bas et en dehors, par la rétraction de l'oblique supérieur; en haut et en dehors par la rétraction de l'oblique inférieur. En même temps, les mouvements d'élévation, dans le premier cas, et d'abaissement dans le second, seraient conservés dans une assez grande étendue, ce qui attesterait l'intégrité des muscles droits supérieur et inférieur. Nous pensons, du reste, que ces caractères ne seraient bien appréciables que dans des cas de strabisme très-prononcés, et, nous le répétons, jusqu'ici nous n'avons pas encore rencontré de strabisme en bas et en dehors ayant les caractères de fixité que nous venons d'indiquer.

«Dans les cas de rétraction simultanée des deux obliques, il arrive quelquefois que le globe oculaire est maintenu dans une grande fixité, alors même que la déviation n'est pas très-considérable, et que les mouvements d'élévation et d'abaissement sont en partie conservés. C'est là un caractère qui peut être d'un grand secours dans le diagnostic étiologique.

Mais il ne se rencontre guère que dans le strabisme divergent, parcequ'un faible degré de déviation dans ce sens peut être produit par une légère rétraction des obliques, tandis que l'intervention de ces muscles dans le strabisme convergent ne peut avoir lieu qu'à la condition d'une forte déviation dans ce sens, préalablement produite par l'action du droit interne.

« En outre, il n'est pas impossible, dans certains cas de rétraction combinée des muscles obliques et des muscles droits, de dépouiller, au moyen du traitement chirurgical, la difformité des caractères de communauté appartenant à l'ensemble des éléments étiologiques, et de mettre en saillie les caractères spécifiques dépendant spécialement de la seule rétraction des muscles obliques. Nous rappellerons ici les cas signalés précédemment, dans lesquels les droits interne et externe ayant été préalablement divisés pour des strabismes convergent ou divergent, nous avons vu la section de l'oblique inférieur amener la déviation de cet œil en bas et en dedans, suivant que l'œil était primitivement dévié en dedans et en dehors, ou en bas et en dehors, par l'action de l'oblique supérieur, et la section du grand oblique amener la déviation en haut et en dedans ou en haut et en dehors, par l'action de l'oblique inférieur.

« On comprend que la rétraction active des deux obliques ou d'un seul ayant pour effet de maintenir l'œil fixe ou à peu près fixe dans une position déterminée autre que la position normale, il en résulte un rapprochement permanent des points d'insertion des muscles droits correspondants au sens de la déviation. De là un nouvel obstacle consécutif engendré par l'action primitive des obliques, qui peut per-

sister après la section de ces derniers. Ainsi, la déviation directe en dehors, la déviation en haut et en dehors ou en bas et en dehors, peuvent avoir pour résultat de raccoucir consécutivement les droits externe, supérieur et inférieur, comme si ces muscles avaient pris une part directe au développement de la difformité.

« Quoi qu'il en soit, nous nous en tiendrons, dans les considérations qui vont suivre, aux strabismes dans lesquels l'intervention des obliques existe combinée avec celle des muscles droits. Or, les caractères qui peuvent accuser cette intervention sont relatifs à la direction du globe oculaire, à ses mouvements, à sa forme, à l'état de la vision.

« A. *Caractères relatifs à la direction du globe oculaire.* — Les caractères relatifs à la direction du globe oculaire dans le strabisme produit par la rétraction des muscles obliques, combinée avec celle des muscles droits, ne sont et ne peuvent être que la représentation permanente des caractères que nous avons vus appartenir à leur contraction physiologique, modifiés par ceux de l'action des muscles droits.

« Considérons la combinaison d'action des muscles obliques successivement avec l'action des droits interne ou externe, et avec l'action des droits supérieur et inférieur.

« *a*. Sous le premier point de vue, la déviation de l'œil a lieu, suivant que les obliques sont rétractés ensemble ou séparément, ou bien en ligne directe, ou bien dans un sens *oblique* ou *intermédiaire*.

« Quand la rétraction simultanée des deux muscles obliques se joint à celle de l'un des muscles droits interne ou externe, l'intervention des premiers a un double résultat. D'une part, ils contribuent à

augmenter la déviation soit en dedans, soit en dehors; c'est dans ces cas surtout qu'une partie de la cornée se cache derrière l'une des commissures palpébrales; d'autre part l'œil est maintenu fixe dans sa position vicieuse. Cette circonstance est constante et plus caractéristique que la précédente, parce que dans les strabismes en dedans ou en dehors, exclusivement produits par la rétraction des droits interne ou externe, l'œil, quel que soit le degré de sa déviation, peut, dans le plus grand nombre des cas, être ramené en sens opposé, jusqu'à un point voisin du redressement, ou le plus souvent même au delà de ce point.

« D'un autre côté, la fixité du globe oculaire peut être distinguée de la fixité apparente qu'on observe dans certains strabismes, uniquement produits par l'action d'un muscle droit, et dans lequel le muscle antagoniste est atteint d'un certain degré de paralysie, soit primitive, soit consécutive à sa distension prolongée, paralysie qui ne lui permet plus d'effectuer le redressement de l'œil. En effet, dans le cas où l'action des obliques est la cause véritable de la fixité, on peut, en exagérant la déviation et en provoquant un redressement brusque en sens opposé, ramener l'œil un peu au delà du point qu'il occupait; mais il est brusquement arrêté à ce point, en même temps qu'il est le siége de mouvements oscillatoires qui attestent bien que la cause de cet empêchement réside dans les obliques. Lorsque, au contraire, l'obstacle au redressement provient d'un défaut d'action du muscle droit, il n'y a, quelque effort qu'on fasse, aucun redressement au delà des limites habituelles de la déviation, ni balancement caractéristique de l'action des obliques. Il n'existe qu'une circonstance où, dans les cas de strabisme

fixe ou à peu près fixe par paralysie incomplète du muscle droit, le redressement partiel de l'œil puisse être opéré : c'est lorsque la paralysie n'est encore qu'à l'état de contracture paralytique, et alors le mouvement est saccadé, suivant une direction horizontale et non pas circulairement.

«Ainsi donc, sous le point de vue de la direction du globe oculaire, les caractères spécifiques de l'intervention des deux obliques sont l'existence d'une déviation plus considérable et la fixité de la déviation.

«Quand la rétraction de l'un des obliques seulement se combine avec celle d'un des droits interne ou externe, les directions imprimées au globe oculaire représentent celles que nous avons vues précédémment résulter des combinaisons correspondantes de leur contraction physiologique. Avec la rétraction combinée de l'oblique supérieur et du droit interne, ou de l'oblique supérieur et du droit externe, l'œil devrait être dirigé obliquement en bas et en dedans, ou en bas et en dehors ; mais ces deux variétés de strabisme ne se sont pas encore présentées à notre observation. Avec la rétraction de l'oblique inférieur et du droit interne, ou de l'oblique inférieur et du droit externe, l'œil est dirigé en haut et en dedans, ou en haut et en dehors. J'ai rencontré plusieurs fois ces variétés, et j'ai été à même de constater expérimentalement le rapport d'action de l'élément étiologique avec le caractère de direction qui lui appartient.

« *b*. Quant à la rétraction combinée du droit inférieur et de l'oblique supérieur, du droit supérieur et de l'oblique inférieur, elle devrait porter l'œil, dans le premier cas, en bas et en dedans ; dans le second cas, en haut et en dedans. Mais nous avons déjà dit

que nous n'avons pu encore établir ces variétés que par induction.

« Il est probable aussi que la rétraction du droit supérieur et de l'oblique supérieur porterait l'œil en haut et en dehors ; que celle du droit inférieur et de l'oblique inférieur porterait l'œil en bas et en dehors. C'est à l'expérience à confirmer ou à infirmer ces prévisions. Mais on peut voir quelles combinaisons de formes, quelles complications de résultats peuvent naître de l'association d'action des muscles obliques et des muscles droits, et quelle nouvelle prespective la découverte de cette association peut ouvrir à l'histoire étiologique et thérapeutique du strabisme.

« B. *Caractères relatifs aux mouvements du globe oculaire*. Ces caractères doivent être et sont en effet plus significatifs que les précédents ; car, ainsi que nous l'avons vu, les mouvements du globe oculaire spécialement produits par l'action des obliques présentent, indépendamment du sens dans lequel ils agissent, un caractère particulier qui ne peut appartenir à aucun des autres muscles. Ce caractère consiste dans un mouvement de rotation de l'œil autour de son axe antéro-postérieur. Or, on peut constater ce mouvement dans tous les strabismes où l'intervention des obliques joue un rôle plus ou moins considérable.

« Quand la rétraction existe simultanément dans les deux obliques et dans l'un des deux droits interne ou externe, et que l'œil, ainsi que nous l'avons dit, est fortement porté dans la convergence ou dans la divergence directes, cet œil, comme nous l'avons vu, est maintenu bridé dans cette position, et peut à peine se déplacer en sens opposé de la déviation. Si alors on commande au sujet de faire des efforts

pour vaincre la résistance qui s'oppose au déplacement, on voit le globe oculaire exécuter de petits mouvements de rotation qui accusent l'action des obliques.

« Un fait analogue s'observe dans la déviation en haut et en dedans, produite par la rétraction combinée de l'oblique inférieur et du droit interne, et dans la déviation en haut et en dehors, produite par la rétraction de l'oblique inférieur et du droit externe. Dans les deux cas, le mouvement direct d'abduction est difficile et peu étendu, et l'action des obliques pendant les efforts du redressement est rendue manifeste par les mouvements de rotation du globe oculaire propre au petit oblique, c'est-à-dire de haut en bas et de dehors en dedans.

«C. *Caractères relatifs à la forme du globe oculaire.* Quel que soit le sens de la déviation, l'œil est généralement plus saillant et le rayon de courbure de la cornée plus petit que dans les strabismes par rétraction exclusive des muscles droits; mais c'est surtout dans le strabisme divergent, ou dans le strabisme oblique en dehors et en haut, que cette saillie de l'œil en avant et ce bombement de la cornée sont le plus prononcés.

«D. *Caractères relatifs aux altérations de la vision.* Presque toujours quand la rétraction de l'un des deux obliques seulement se joint à celle d'un ou de plusieurs muscles droits, on observe des modifications variables de la vision, accusant une dépression partielle du globe oculaire, et des inclinaisons des plans des divers milieux de l'œil, et particulièrement du cristallin. C'est alors que les objets paraissent plus ou moins inclinés ou déformés, comme nous l'avons déjà dit. Quand la rétraction a lieu simultanément dans les deux muscles obliques,

conjointement avec les muscles droits, l'œil étant plus raccourci, suivant son diamètre antéro-postérieur, et le cristallin se trouvant rapproché de la cornée, la portée de la vue subit quelquefois une grande modification. C'est à cette cause que nous avons attribué certains cas de myopie, compliqués ou non de strabismes, appartenant à un ordre plus général de myopies que nous avons appelées *mécaniques*, et que nous avons déjà traitées avec succès par la myotomie oculaire. Toutefois les caractères fournis par les altérations de la vision sont souvent moins appréciables que les précédents, parce qu'ils disparaissent, pour ainsi dire, dans l'affaiblissement des facultés visuelles, dont les yeux strabiques sont presque toujours atteints, par suite de l'inaction prolongée à laquelle ils ont été condamnés, aussi bien que par les déformations du globe oculaire.

«En résumé, les caractères tirés de la direction du globe de l'œil, de ses mouvements, de sa forme, des altérations de la vision, quoique souvent insuffisants, si on les considère isolément, pour accuser l'action spéciale de chacun des éléments musculaires de la difformité, peuvent cependant, par leur réunion, fournir des données assez nombreuses et assez précises pour faire reconnaître les strabismes en partie produits par l'intervention des obliques, et les différencier de ceux qui reconnaissent pour cause la rétraction exclusive des muscles droits.

«3° *Lumières tirées des expériences thérapeutiques.* Les développements dans lesquels nous sommes entrés à ce sujet dans la première partie de cette conférence nous dispensent d'y insister longuement. Contentons-nous de rappeler que dans certains cas de strabismes très-prononcés et fixes en dedans ou en dehors, la difformité qui avait per-

sisté après la section des droits interne et externe, et après une large dissection du fascia, a disparu après la section des obliques; que dans d'autres, où le strabisme avait lieu en haut et en dedans, ou en haut et en dehors, le redressement complet n'a été obtenu que par la section de l'oblique inférieur, jointe à celle du droit interne ou du droit externe. Dans tous ces cas, le résultat positif ou négatif d'une première section devient lui-même un caractère significatif des éléments étiologiques de la difformité.

«La rétraction exclusive du droit externe au troisième degré produit sur les obliques un effet analogue à celui qu'exercent les obliques sur les droits, c'est-à-dire qu'à la longue les points d'insertion des obliques étant maintenus rapprochés, ces muscles se raccourcissent passivement de la somme de ce rapprochement. De là un nouvel obstacle non moins important au redressement de la difformité. Il pourrait encore résulter de la rétraction des droits supérieur ou inférieur quelques conséquences analogues sur chacun des deux obliques, dues au rapprochement des points d'insertion de ces deux muscles. Mais ces effets doivent être beaucoup moins sensibles.

«Pour arriver plus sûrement à déterminer les variétés produites par la rétraction combinée des muscles obliques et des muscles droits, et à les distinguer des variétés qui dépendent exclusivement de la rétraction de ces derniers, il sera toujours bon de rapprocher et de comparer ces caractères spécifiques, positifs et négatifs, des unes et des autres. Or, les caractères que nous avons déjà indiqués, chemin faisant, peuvent se réduire à trois principaux, à savoir, *le degré de fixité de la déviation*, *la présence ou l'absence des mouvements de rotation*, *le degré de saillie du globe oculaire*.

«*Degré de la fixité de la déviation*. Généralement la déviation est beaucoup plus fixe dans le strabisme par rétraction combinée des muscles obliques et des muscles droits, que dans les strabismes produits par une rétraction de ces derniers.

«Ainsi, le strabisme direct en dedans ou en dehors par rétraction des deux obliques et du droit interne ou du droit externe, se distingue de celui qui dépend uniquement de la rétraction de l'un de ces derniers muscles, en ce que, dans le premier cas, le déplacement de l'œil, dans le sens opposé à la déviation, est à peu près nul, et les mouvements d'élévation et d'abaissement sont plus ou moins bornés par l'action antagoniste des deux obliques, et accompagnés de mouvements rotatoires; tandis que dans le second cas, le mouvement en sens opposé de la déviation et les mouvements d'élévation et d'abaissement conservent encore une assez grande étendue. Le strabisme en haut et en dedans par rétraction combinée de l'oblique inférieur et du droit interne se distingue de celui qui résulte de la rétraction simultanée des muscles droit interne et droit supérieur, en ce que, dans le dernier cas, le mouvement d'abaissement et le mouvement d'abduction sont plus étendus que dans le premier. Les mêmes considérations s'appliquent au strabisme par rétraction combinée de l'oblique inférieur et du droit externe, relativement à celui qui résulte de la rétraction du droit supérieur et du droit externe. Quant aux strabismes en bas et en dedans ou en bas et en dehors, s'ils se présentaient à l'observation, on comprend maintenant à l'aide de quels caractères on pourrait arriver à la détermination de leurs éléments étiologiques.

«Toutes ces différences s'expliquent facilement par

les différences de direction des muscles entre eux, ou par rapport au globe oculaire.

« Les muscles droits n'agissent pas en sens inverse aux extrémités opposées d'un même diamètre ; ils ne peuvent donc pas se faire obstacle directement et réciproquement.

« Ils sont, au contraire, dirigés presque parallèlement à l'axe antéro-postérieur de l'œil. Dans l'état de rectitude de cet organe, ils s'enroulent donc à peine autour de lui. Dans les mouvements d'adduction, d'élévation ou d'abaissement, l'enroulement du muscle rétracté, opposé au sens du mouvement, tendrait à devenir plus considérable ; mais ce muscle, s'appliquant alors contre une surface dépressible et qu'il déprime, se dirige en ligne droite entre ses deux points d'insertion, et permet à l'œil de se redresser de toute la quantité qui fait la différence entre la droite décrite par le muscle tendu, et la courbe de l'enroulement à laquelle elle est substituée. D'où il résulte que dans tous les strabismes produits par la seule rétraction d'un muscle droit au premier ou au second degré, l'œil peut toujours, à moins d'une rétraction spéciale des enveloppes fibreuses, se porter en face de l'objet regardé et par conséquent se redresser jusqu'au niveau ou même au delà de la ligne médiane. Il n'en peut pas être absolument de même dans les cas de rétraction des muscles obliques, dont la direction est, dans un assez grand nombre de variétés de strabisme, opposée aux efforts de redressement presque diamétralement, ou au moins sous un angle beaucoup plus ouvert que celui qui est formé par les muscles droits et l'axe antéro-postérieur de l'œil.

« Quant aux moyens de diagnostic différentiel tirés des mouvements de rotation du globe oculaire et de

son degré de saillie, nous n'avons rien à ajouter à ce que nous en avons dit précédemment. Nous rappellerons seulement que dans les strabismes produits par la rétraction combinée des muscles obliques et des muscles droits, les mouvements de rotation pendant les efforts de redressement sont toujours plus ou moins prononcés, et spécialement caractéristiques de celui de ces deux muscles qui est rétracté, et qu'on observe ordinairement une saillie du globe de l'œil avec bombement de la cornée transparente, tandis que dans les strabismes produits par la rétraction des muscles droits, les mouvements alternatifs de rotation n'existent pas et le globe oculaire est généralement aplati dans le sens d'action du muscle ou des muscles rétractés, et bombés du côté opposé.

«De tout ce qui précède, et en se basant sur l'ensemble des caractères tirés de la direction de l'œil, de ses mouvements, de sa forme et des altérations de la vision, il est facile de déduire toutes les indications du traitement chirurgical, dans les différentes combinaisons d'action des muscles obliques et des muscles droits. Ce sont des nouveaux éléments actifs de la difformité qui réclament une part spéciale et proportionnelle dans le traitement. A ce point de vue, il faut faire pour les muscles obliques ce que nous faisons pour les muscles droits, ce que nous faisons dans toutes les difformités qui ont leur point de départ dans la rétraction musculaire; c'est-à-dire qu'il faut en faire la section, en ayant soin d'adapter ce moyen aux différents modes, aux différents degrés, aux différentes distributions de la rétraction. Nous n'avons à nous occuper ici que des indications relatives à cette dernière circonstance étiologique. Or, en résumant ce que nous avons dit

à ce sujet, nous croyons pouvoir établir, comme proposition définitive, qu'il faudrait diviser :

« 1° Dans le strabisme convergent et fixe au troisième degré, les deux obliques conjointement avec le droit interne, soit que la rétraction soit primitive ou consécutive ;

« 2° Dans le strabisme divergent également fixe et au même degré, les deux obliques et le droit externe ;

« 3° Dans le strabisme en haut et en dedans, l'oblique inférieur et le droit interne;

« 4° Dans le strabisme en haut et en dehors, l'oblique inférieur et le droit externe;

« 5° Dans le strabisme en bas et en dedans, l'oblique supérieur et le droit interne;

« 6° Dans le strabisme en bas et en dehors, l'oblique supérieur et le droit externe.

« Le tout, d'après les caractères distinctifs de chacune de ces variétés étiologiques, et sans préjudice des indications fournies par les autres éléments de la déviation oculaire, et surtout par la rétraction du fascia. »

7) *Amaurose.* — Trois traités sur l'amaurose ont vu le jour pendant l'année qui vient de s'écouler, l'un en Allemagne, l'autre en Angleterre, le troisième en France.

Die Lehre vom schwarzen Staar (IV — 217. in-8°), tel est le titre de la monographie publiée à Berlin par M. Fr. von Walther; cette production sera prochainement analysée et commentée par nous.

M. E. O. Hocken a fait paraître à Londres un ouvrage intitulé : *A Treatise on Amaurosis and Amaurotic affections*. C'est une compilation assez

bien entendue (1) de ce que possède la littérature médicale anglaise sur l'amaurose et les affections amaurotiques; nous engageons l'auteur à faire connaissance avec ce qui a été publié dans ces dernières années en Allemagne, en France et en Belgique : cela lui servira beaucoup pour une seconde édition de son œuvre.

En France, on vient de mettre en vente chez J. B. Baillière, un livre intitulé : *Traité pratique de l'amaurose ou goutte-sereine, avec des recherches nouvelles sur les méthodes spéciales de traitement qui conviennent à ses différentes espèces.* L'auteur, M. J. E. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, ayant négligé de nous faire tenir un exemplaire de son ouvrage, force nous est, pour le faire connaître à nos lecteurs, d'emprunter l'analyse suivante à la *Gazette médicale de Strasbourg*, n° 1, 1842 :

« Après avoir publié dans différents recueils (*Gazette médicale de Paris*, *Annales d'Oculistique*, *Bulletin de thérapeutique*), des mémoires qui ont plus ou moins directement trait à l'amaurose, M. Pétrequin a rassemblé tous ces matériaux, les a coordonnés, augmentés, et en a fait une monographie dont le but principal paraît être de prouver que le pronostic de l'amaurose n'est pas aussi fâcheux que l'ont dit les auteurs, mais que pour réussir dans le traitement de cette maladie, il fallait surtout avoir égard à sa nature, aussi bien qu'à son siége dans la rétine, le nerf optique ou le cerveau, comme l'a fait un auteur récent.

---

(1) L'exposition anatomique donnée par M. Hocken, du système nerveux oculaire, laisse fort peu à désirer.

« M. Pétrequin commence par des considérations spéciales sur les amauroses, dont il reconnaît six espèces principales, qui sont : l'amaurose asthénique nerveuse, vermineuse, traumatique, congestive, torpide et organique. Suivant nous, il serait difficile d'établir une différence entre l'amaurose asthénique nerveuse et la torpide; aussi ne la trouvons-nous ni dans les observations rapportées par l'auteur, ni dans les remarques nosologiques dont il les fait suivre.

« A la première de ces espèces, M. Pétrequin rattache l'amaurose due à l'action de la foudre, variété rare et dont il rapporte deux observations.

« Des considérations générales sur l'amaurose forment la seconde partie du *Traité*. C'est ici surtout que l'auteur discute les principes de classification des amauroses et qu'il fait voir que le siége de la maladie est le plus souvent difficile à découvrir, et que d'ailleurs sa connaissance a peu d'influence sur la thérapeutique, tandis que sous ce dernier rapport il est de la plus haute importance qu'on connaisse la nature de l'affection, soit nerveuse, soit congestive ou autre. Nous sommes complétement de l'avis de M. Prétrequin quand il dit *qu'une cause radicale d'insuccès réside dans la doctrine qui a regné sur la nature de l'amaurose, qu'on regardait comme une simple paralysie, et qu'on traitait en conséquence; et qu'une source nouvelle de succès est de démontrer qu'il doit y avoir autant de méthodes thérapeutiques qu'il y a d'espèces morbides*; *que hors de là, il n'y a qu'empirisme et péril.* Tous les bons auteurs modernes soutiennent cette doctrine. Mais, avouons-le, la théorie n'est pas toujours facile à appliquer aux faits : nous trouvons malheureusement un assez grand nombre d'amaurotiques, chez lesquels nous ne parvenons

pas à déterminer positivement la nature du mal; ce sont les cas les plus fâcheux, car alors le traitement est purement empirique. Cette obscurité du diagnostic provient quelquefois de ce que plusieurs éléments se combinent dans la maladie, que par exemple la paralysie de la rétine se complique d'une congestion sanguine, d'une subinflammation de la rétine, etc. M. Pétrequin insiste avec raison sur la nécessité de combattre ces différents éléments et de dégager la goutte-sereine de ses complications.

« Plus loin l'auteur signale comme importante en pratique, la transformation des amauroses; cette transformation est relative au siége ou à la nature de la maladie. A la première se rapporte la différence d'extension que prend la maladie dans sa forme croissante ou décroissante. Mais sous le rapport thérapeutique, c'est surtout le changement de la nature de l'amaurose qui mérite de fixer l'attention. En effet, il n'y a rien de plus ordinaire que de voir une amaurose d'abord congestive finir par devenir asthénique. Il n'est pas rare non plus d'observer une amblyopie avec irritabilité nerveuse prédominante se transformer en irritative sanguine et même en sub-inflammation de la rétine.

« Un autre point sur lequel M. Pétrequin attire l'attention des médecins, c'est la myopie qui accompagne si souvent le commencement de l'amaurose. En même temps que la perception visuelle devient moins nette, le champ de la vision se raccourcit. Les malades cherchent à y remédier par des lunettes; celles-ci ne pouvant procurer qu'une amélioration incomplète de la vue, on passe à des numéros de plus en plus forts, et on finit de cette manière par aggraver le mal.

« Le travail de M. Pétrequin se termine par quelques

réflexions sur la récidive des amauroses, laquelle ne s'observerait pas aussi fréquemment si les malades voulaient suivre les préceptes de l'hygiène et éviter l'influence des causes qui d'abord ont occasionné le mal et nécessairement peuvent le produire de nouveau. Une de ces causes c'est l'application forcée de la vue ; les amaurotiques guéris doivent pendant très-longtemps ne pas fatiguer leurs yeux, ce qui ne veut pas dire qu'ils doivent les soustraire à la lumière.

« Jusqu'à présent je n'ai point indiqué le traitement recommandé par M. Pétrequin ; c'est qu'effectivement ce traitement se compose de moyens depuis longtemps en usage. Ce sont, suivant les cas, les antiphlogistiques, les dérivatifs sur le canal intestinal, les révulsifs, les mercuriaux, la belladone, la noix vomique. Cette dernière substance est employée par notre auteur sous forme de teinture en frictions sur le front et les tempes, et sous forme de strychnine. Celle-ci est appliquée à la dose d'un à deux centigrammes et plus, mêlée à cinq à dix centigrammes de poudre de noix vomique, sur une partie du front dénudée au moyen de la pommade ammoniacale.

« Si l'on ne trouve pas dans l'ouvrage que nous analysons des médicaments nouveaux, on y voit par contre, dans quarante et une observations, comment un médecin judicieux doit adapter les remèdes à chaque cas en particulier.

«On reprochera peut-être à M. Pétrequin d'avoir laisse bien des lacunes dans son ouvrage et de n'avoir cité pour ainsi dire que des cas heureux. Cette critique serait fondée si l'auteur avait voulu faire une monographie complète ; mais, nous l'avons déjà dit, M. Pétrequin paraît avoir eu pour but de prouver que le pronostic de

l'amaurose n'était pas aussi fâcheux que les auteurs l'admettaient généralement, que par conséquent on ne devait pas trop tôt considérer comme incurables les malheureux affectés de goutte-sereine ; que pour traiter avec succès cette maladie, il fallait approprier le traitement à chaque cas individuel, ce qu'oublient trop souvent les médecins qui n'ont pas fait des maladies oculaires une étude spéciale Ce but, M. Pétrequin nous paraît l'avoir atteint en joignant l'exemple au précepte. »

Nous rappellerons ici que les *Recherches* de M. Pétrequin *sur quelques paralysies de l'œil et de ses annexes*, insérées dans les *Annales d'Oculistique* (vol. I, 1° et 2° livraisons), forment le point de départ des publications de ce chirurgien insérées dans la *Gazette Médicale de Paris* et le *Bulletin général de thérapeutique*, sur l'emploi de la strychnine dans le traitement de l'amaurose. M. Cunier a résumé (*Ann. d'Oc.*, I, p. 285) les divers articles publiés par M. Pétrequin dans les deux journaux qui viennent d'être cités. Notre savant confrère de Lyon a rigoureusement démontré (*Ibid.* l. cit.) que les diverses paralysies de l'œil et de ses annexes sont loin d'être identiques, et il a insisté sur le parti que pouvait en tirer la thérapeutique ; toutes n'étant pas les mêmes, le même traitement ne doit pas être appliqué à toutes. Bien qu'au fond l'amaurose soit toujours une paralysie plus ou moins complète de la vue, il est excessivement rare qu'elle se présente dans cet état de simplicité : tantôt, c'est une hypersthénie qui s'y mêle, tantôt il y a sub-inflammation chronique de la rétine, tantôt c'est une asthénie qui survit à une congestion oculaire apoplectique, ou une névrose discrasique de la rétine qui entraîne l'amaurose torpide. Ce

sont là autant de variétés tranchées, autant d'indications spéciales dont M. Pétrequin a donné des exemples.

C'est donc à dégager la goutte sereine de ses complications qu'il faut s'attacher, c'est à la réduire à l'état de simplicité en décomposant et attaquant à mesure les divers éléments qui s'y combinent; c'est là une distinction fondamentale qu'il ne faut jamais perdre de vue.

Pour ce qui est des moyens de traitement employés par M. Petrequin, on a vu, par l'analyse transcrite ci-dessus, ce qu'ils sont.

M. Le Calvé a inséré dans le *Journal de la Société de médecine-pratique de Montpellier* (décembre 1841), un memoire sur l'amblyopie amaurotique congestive. « Lorsque l'amaurose est complète, dit l'auteur, presque toujours elle est incurable; car pour notre compte, depuis bientôt dix ans que nous nous occupons spécialement des maladies des yeux, nous n'avons constaté que quelques cas rares de guérison, et encore dans des conditions exceptionnelles. (Pourquoi M. Le Calvé ne dit-il pas quelles étaient ces conditions ?..) Il n'en est pas de même lorsque l'on prend cette maladie à son début. L'amblyopie amaurotique est presque toujours guérissable; ici la medecine est toute puissante, car, avec une attention soutenue de la part du médecin, de la bonne volonté et de la patience de la part du malade, on arrive, dans la plupart des cas, à un heureux résultat. »

Trois observations sont rapportées par M. Le Calvé, à l'appui de ce qu'il avance; elles ne sont pas assez intéressantes pour être consignées ici. L'oculiste de Montpellier fait la base de son traitement, des saigneés générales, locales, déplétives, puis révulsi-

ves, et des purgatifs salins. Il nous apprend dans ses *Réflexions*, qu'il a une grande confiance dans les mercuriaux comme antiphlogistiques; que « l'extrait de belladone en frictions sur le front agit sur la rétine, de manière à rendre cette membrane insensible à l'impression des rayons lumineux. » Tout cela est su et apprécié; ce qui ne l'est pas, c'est le danger des révulsifs placés près de l'organe de la vision, dans les amblyopies congestives; on ne peut y avoir recours, ainsi que le fait observer avec raison M. Le Calvé, que lorque la congestion est détruite. L'obsevation suivante qu'il rapporte, est destinée à en donner la démonstration :

Obs. — « Marie Azéma, de Combaillau, âgée de 8 ans, d'un tempérament lymphatique, est devenue aveugle dans l'espace de quelques mois. Des vésicatoires ont été appliqués à la nuque, derrière les oreilles et sur le front. Nous les faisons supprimer; nous insistons sur les antiphlogistiques, et dans quelques mois nous obtenons une amélioration très-notable. Les parents, conseillés par leur médecin ordinaire, et croyant que l'amélioration serait plus promptement obtenue par l'application d'un séton à la nuque, nous tourmentèrent pendant plusieurs mois pour en venir à cette application; nous nous y opposâmes constamment. Fatigués de notre persistance, les parents allèrent consulter un de nos confrères, qui envoya prendre les eaux de Balaruc et plaça un séton à la nuque. Quelques mois après, Marie Azéma était complétement aveugle. »

M. Le Calvé dit avoir « rapporté cette observation pour montrer combien peut être funeste l'application d'un séton à la nuque, lorsque cette appli-

cation est intempestive. » Le lecteur ne trouvera pas plus que nous, dans la narration que nous avons textuellement transcrite, des raisons valables pour attribuer au séton la perte de la vue chez Marie Azéma.

Le fait suivant sert de texte à un mémoire publié par M. Sichel (*Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, 1840, p. 69. *Encyclog.*, 4e s., vol. V, p.), sur l'amaurose asthénique compliquée d'irritation locale, de congestion, d'inflammation ou de sub-inflammation des membranes oculaires internes.

Obs. — Un jeune homme de 25 ans, extraordinairement affaibli, vint, le 24 février 1840, consulter M. Sichel pour une amaurose; l'œil gauche était faible depuis l'enfance et le droit s'affaiblissait depuis six semaines. Il ne pouvait plus, le 24 février, lire de petits caractères. Le jeune homme attribuait sa grande faiblesse à des excès vénériens. Il était sujet à des épistaxis fréquentes et très-abondantes qui ajoutaient encore à sa faiblesse. Les deux pupilles étaient mobiles dans une petite étendue, et l'impression d'une lumière vive était gênante. Frictions mercurielles belladonées sur les paupières. La photophobie était moindre le quatrième jour de l'emploi de ces frictions ; elles furent remplacées par un liniment ammoniacal. (Nous omettons de parler du traitement général, qui était tonique.)

Le 15 mars, la faiblesse générale du malade avait considérablement augmenté, et le 16 il mourut.

A l'autopsie, faite le 18 mars au matin, on ne trouva rien de bien remarquable dans les cavités splanchniques; les poumons n'offraient point de traces de tubercules.

Examen des yeux, œil droit. L'organe est partagé

en deux moitiés; à part la rétine, les membranes sont saines. La rétine est largement parcourue par des ramifications de l'artère centrale. Le grand pli de la rétine offre deux taches d'un rouge vif, et une teinte générale rosée dans le reste de son étendue. Au centre de la membrane, on voit dix-neuf tubercules rouges, ovalaires, d'un demi-millimètre de diamètre : ils sont rangés en anneau autour du point central. Séparés les uns des autres, ils permettent de voir, dans leurs insterstices, la rétine, avec sa couleur normale. Ils sont manifestement dus (expression de l'auteur) à l'inflammation chronique de la menbrane et à un épanchement fibro-albumineux sous son tissu.

L'œil gauche offre, à un moindre degré, les mêmes altérations. M. Sichel ne dit pas si, par tubercules, il entend de la matière tuberculeuse, ou seulement une petite saillie. Remarquons toutefois que les poumons n'offraient point de tubercules.

De ce fait, M. Sichel tire la conclusion que les amauroses « en apparence les plus asthéniques peuvent être produites ou bien accompagnées par une irritation locale, une inflammation de la rétine; s'il a observé quelques symptômes d'irritation rétinienne, leur disposition devait le conduire à admettre qu'une asthénie, ou au moins un état organique non accompagné d'irritation, leur avait succédé, et malgré cela l'autopsie a montré une rétinite ancienne. »

M. Heyfelder a donné dans les *Medicinische Annalen* (Bd. IV, II) l'histoire d'une hydropisie générale avec cécité, suite de chlorose. La perte de la vision cessa deux fois à la suite de la paracenthèse. La mort étant survenue, l'autopsie eut lieu. Si nous nous en rapportons au compte-rendu de la *Gazette*

médicale de Paris (vol. VII, p. 475), les yeux ne furent pas examinés.

Cette observation était connue depuis quelque temps en France, lorsque M. Blaud consigna dans le cahier de novembre 1839 de la *Revue médicale*, une observation d'amaurose chlorotique, qui a été reproduite dans le tome II, p. 178 des *Annales d'Oculistique*. M. Cunier a signalé, à cette occasion (l. cit. et *Bulletin gén. de Thérapeutique*, 1840), « quelques faits beaucoup moins concluants que « celui de M. Blaud, mais qui ne laissent pas que « d'avoir une assez grande valeur pratique. Deux ob- « servations bien détaillées mettent en relief l'excel- « lence de sa méthode. — Après avoir montré la « gravité de l'amaurose dépendant de la complica- « tion cérébrale d'une affection chlorotique, M. Cu- « nier termine ainsi : « Bien qu'il soit rare de voir « la complication encéphalique acquérir les caractè- « res de lésion organique, il ne faut pourtant pas « se faire illusion; ce qui n'est d'abord, dit-il, « qu'un dérangement fonctionnel, peut très-bien, « à la longue, devenir organique. » Nous croyons « volontiers à l'efficacité des diverses pilules et po- « tions antichlorotiques tant vantées; mais nous « pensons cependant avec l'auteur qu'elles ne sont « pas toujours suffisantes dans les cas de compli- « cation encéphalique avec amaurose. Les ven- « touses, les vésicatoires à la nuque, des sangsues « à la tête, l'aloès à l'intérieur, en même temps « que de bonnes précautions hygiéniques, et enfin « très-souvent, la strychnine lorsque l'amaurose est « ramenée à l'état de simplicité, constituent les « moyens dont M Cunier a retiré de très-grands « avantages. Ce médecin, pour panser les vésica- « toires qu'il prescrit dans le traitement de l'amau-

« rose, se sert d'une huile strychninée (24 gr. par « once d'une huile essentielle quelconque, soit un « gr. pour 20 gouttes). 12 ou 15 gouttes appliquées « sur les surfaces dénudées ont presque toujours « suffi. » (*Journ. des Conn. médico-chirurg.*, juin 1840.)

M. Blaud rapporte la production de l'amaurose chlorotique au seul effet de l'altération du sang (loc. cit.) qui n'excite plus convenablement l'appareil de la vision.

M. Sichel a traité, après les deux médecins qui viennent d'être cités, de l'amaurose chlorotique; son mémoire (*Journal des Conn. Médico-chirurg.*, février 1841) ne se prêtant pas à l'analyse, et étant trop étendu pour être reproduit ici, nous nous contenterons de le mentionner et d'y renvoyer nos lecteurs. Pour lui, le cas cité par Blaud et le deuxième cas cité par M. Cunier, étaient compliqués d'irritation, et passés à l'état asthénique ou organique. « Bien que « j'aie déjà, dit-il, signalé cette complication irri« tative en 1837, aucun auteur n'en a parlé depuis. « M. Cunier, sans la signaler expressément, semble « cependant l'admettre; car dans plusieurs cas d'a« maurose chlorotique qu'il cite, il joint à son trai« tement excessivement rationnel de la chlorose, « les émissions sanguines mesurées et les révulsifs « rubéfiants. » Une lecture attentive du mémoire de M. Cunier, prouve que ce médecin partage de tous points l'avis de M. Sichel, et qu'il a regardé comme lui la paralysie de la vue dont il parle (obs. II, p. 182) comme de nature *organique*, après n'avoir été que fonctionnelle.

Les remarques sur l'amblyopie acquise et sur l'amblyopie congénitale, consignées par M. Szokalski dans son *mémoire sur les sensations des*

couleurs, *dans l'état physiologique et pathologique de l'œil* (*Ann. d'Ocul.*, III, pp. 115 et 194), seront consultées avec fruit.

Le docteur Fronmuller (*v. Ammons Monatsschrift*, III, 310) dit avoir observé une paralysie partielle de la rétine survenue chez un homme qui avait regardé à l'œil nu l'éclipse de soleil du 15 mais 1836. L'œil droit dont il s'était servi était seul affecté. Le malade avait totalement perdu la vue pour les objets qui n'étaient pas placés vers la tempe droite.

Une amaurose hystérique a été observée par M. le docteur Van Onsenoort (*Nederlandsch Lancet*, nov. 1840), qui en a triomphé par un traitement aussi sage que rationnel, dirigé contre l'affection sous l'influence de laquelle était survenue la perte de la vue.

M. Hunter (*Edinburgh Journal*, juillet 1841) dit avoir vu une amaurose survenue à la suite d'une névralgie de la cinquième paire, céder immédiatement après l'extraction d'une grosse molaire supérieure, qui était le siége de douleurs continuelles, qui s'exaspéraient fréquemment et rappelaient l'ancienne névralgie. Il est à regretter que M. Hunter ait été fort avare de détails.

Nous lisons dans un journal autrichien (*OEsterr. Med. Jahrb.* XIX) que M. Maunoir a guéri une amaurose par l'emploi du piment annuel. Voici l'analyse que donne ce journal, du fait consigné dans la *Bibliothèque universelle de Genève*.

Obs. — Un jeune Anglais, âgé de onze ans, avait été opéré d'une cataracte congénitale des deux yeux. Le chirurgien, M. le professeur Maunoir, avait pratiqué la discission, et le succès avait été complet. Depuis lors, le malade avait étudié la pharmacie et à l'âge de 18 ans il

avait pris service en Portugal, où, à la suite de refroidissements et des fatigues de la guerre, il avait contracté une amaurose des deux yeux. Après avoir subi un long traitement infructueux en Angleterre, il se rendit de nouveau à Genève, où M. Maunoir eut recours sans succès aux exutoires, aux vomitifs, à l'arnica, à la pulsatille, à l électricité, au galvanisme, etc. Enfin il prescrivit une infusion de piment annuel (Capsicum annuum) de 3 à 30 gr progressivement sur une once d'eau. Quelques gouttes de cette infusion furent instillées matin et soir entre les paupières. L'œil droit demeura amaurotique; mais la vue revint du côté gauche, à tel point que le malade put de nouveau lire et écrire, et fut en état d'embrasser une carrière scientifique.

M. Maunoir rapporte encore (loco cit.) le fait suivant, que nous reproduisons aussi d'après le journal de Vienne :

Obs. — Une fille de 18 ans était complétement amaurotique; les pupilles étaient énormément dilatées; cet état était, selon toute probabilité, dû à ce que la malade avait habité et couché pendant longtemps dans une chambre nouvellement construite et humide. Les émétiques, les purgatifs, les vésicatoires étant demeurés sans effet, M. Maunoir prescrivit : extrait d'arnica ʒij, sulfate de strychnine gr xij, sirop simple q. s. f. 144 pilules, à prendre matin et soir en commençant par une et en augmentant la dose jusqu'à cinq. Cette dernière quantité donna toujours lieu à des spasmes analogues à des secousses électriques dans l'épine dorsale, les extrémités ainsi qu'à un embarras gastrique; ce qui força à diminuer la dose. L'état de la vue s'améliora progressivement;

après deux mois, les pupilles étaient normales, et la malade pouvait lire et écrire.

Le docteur Smids, officier de santé de 2e classe au Helder, rapporte (*Nederlansch Lancet*, mai 1841) un cas de guérison d'amblyopie amaurotique avec blépharoplégie de l'œil gauche et d'amaurose avec blépharoplégie de l'œil droit. D'après l'historique que donne l'auteur, il nous paraît avoir eu affaire à une paralysie rhumatismale incomplète de la 5e paire, qui a cédé aux pilules de noix vomique de Magendie, qu'il a données après avoir mis en usage des moyens anti-rhumatiques (*middelen welke eene antirheumatische werking uitoefenen.*)

Nous citerons les travaux suivants consignés dans les *Annales d'Oculistique :* 1) Une observation d'amaurose avec les détails de l'autopsie, par M. Linoli (vol. I, p. 422.) 2) Une guérison obtenue par la pulsatille, par M. Koehler (*Ibid.* p. 292.) 3) M. Jagielski a triomphé d'une amaurose épileptique, en pratiquant la cautérisation syncipitale, au moyen de la potasse caustique. (*Ibid.*) 4) M. Kilgour a donné l'histoire d'une amaurose due à l'atrophie du nerf optique (III, p. 182.) 5) M. Cunier a triomphé d'une amaurose vermineuse par l'administration de l'émétique à haute dose (IV, p. 252.) 6) Une nouvelle méthode de traitement de l'amaurose saturnine a été consignée dans les *Médico-chirurgical Transactions* (III, p. 87) par M. Alderson. Ce médecin a fait appliquer sur les yeux de deux de ses malades, un bandage qu'ils portaient jour et nuit, de manière à supprimer toute action de la lumière sur la rétine, et dans les deux cas la guérison eut lieu. 7) Un cas

remarquable de cette variété a été rapporté par M. Weiss (II, p. 232).

Nous passons sous silence une multitude de faits d'amauroses guéries par des moyens connus et qui, pour la plupart, ne sont intéressants que par l'étonnement que la guérison obtenue a produit sur les médecins traitants.

J Diplopie. — M. Szokalski a défendu devant la Faculté de médecine de Paris, une thèse sur la diplopie monoculaire (1) ; M. Fallot en a parlé avec beaucoup d'éloges (*Ann. d'Oculist.*, II). M. Fallot a signalé en même temps la possibilité de polyopie, produite sous l'influence des causes qui, selon M. Szokalski, donnent naissance à la diplopie monoculaire (2). M. Cunier a cité (v. son journal, III, sept. 1840), un fait venant à l'appui de l'assertion de M. Fallot. M. Van Roosbroeck a raconté à la Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles (*Ann.* de cette Société, 1840), l'histoire d'une douairière qui, regardant une « *bougie allumée,* » voyait dix-sept flammes au lieu d'une !

---

(1) De la diplopie uni-oculaire, ou double vision d'un seul œil. Paris, 1839. 2e éd. 1840, in-4o de 26 pages.

(2) « En reconnaissant avec l'auteur, dit M. Fallot, que la diplopie résulte de la formation de deux foyers distincts dans la rétine, ne suis-je pas fondé à dire que toute cause capable d'altérer la forme ou la densité de l'une ou de l'autre des pièces qui concourent à la réfraction des rayons lumineux, n'est pas seulement capable de produire la diplopie, mais une polyopie dont l'étendue sera mesurée par le plus ou moins grand nombre d'inégalités de condensation que présentera le milieu réfringent ainsi altéré. » (*Ann. d'Oc.*, II, p. 236.) M. Chelius (vol. II, art. *Hydrophthalmie*, et passim) professe la même opinion que M. Fallot.

M. Cunier a montré (*Ann. d'Oc.*, III), que certains cas de diplopie étaient guérissables par la myotomie.

ε) *Héméralopie.*—La relation suivante a été extraite par le *Journal de Médecine et de chirurgie pratiques* (1841), de *l'American Journal of the medical Sciences :*

« Dans l'hiver de 1834, une troupe nombreuse fut concentrée dans le fort Mei[illegible]hell. Cette position est extrêmement favorable pour la santé ; les maladies d'origine miasmatique y sont inconnues ; mais les logements n'étant pas suffisants pour recevoir tous les soldats, un certain nombre d'entre eux durent coucher au bivouac.

« Le 3 février, trois hommes du 2e régiment d'artillerie se présentèrent à l'hôpital : ils se plaignaient d'avoir perdu depuis plusieurs nuits une partie de la vue. Cette faiblesse dans la vision commençait au déclin du jour, et, la nuit venue, ils étaient complétement aveugles. La santé générale était bonne; seulement ces hommes se plaignaient d'une tension inaccoutumée dans les tempes. La pupille était fort dilatée, bien que mobile. En les examinant pendant la nuit, au moment où la cécité chez eux était complète, on remarqua que les pupilles étaient plus dilatées et plus fixes, et l'introduction d'une chandelle allumée dans leur chambre n'en déterminait pas le resserrement.

« Le 15 du même mois, les traitements généraux et locaux n'avaient produit aucune amélioration. Le docteur Wharton, qui leur donnait des soins, pensa alors que la cécité était l'effet de la débilité de la rétine, trop vivement excitée par la lumière qui s'échappait des grands feux allumés dans le camp et des glaçons dont les arbres environnants

étaient chargés. Il crut, en conséquence, qu'en laissant la rétine dans un repos complet, on lui rendrait le ton qui lui manquait. Les malades furent à cet effet renfermés dans leur chambre dans une obscurité complète. A huit heures du soir, leurs yeux étant examinés, on reconnut que la vision était moins imparfaite. Les pupilles se contractaient un peu. Le même moyen fut continué jusqu'au soir suivant. A cette époque, la vue était entièrement rétablie. Le 18, ces militaires furent rendus à leur service.

« Un soldat du 1er régiment d'artillerie entra à l'hôpital le 5 mai 1835. Quelques semaines auparavant, il avait passé un temps fort long à pêcher. Il annonçait que, depuis trois ou quatre nuits, sa vue était très-imparfaite, et, la nuit précédente, il avait été complétement aveugle. Il éprouvait quelques douleurs dans les tempes. Les pupilles, très-dilatées, l'étaient beaucoup plus le soir. On n'employa aucune médication; mais il fut placé pendant vingt-quatre heures dans une chambre où il régnait une obscurité complète. Au bout de ce temps, les pupilles avaient recouvré leur sensibilité; la vision était parfaite : il retourna à son régiment.

« Un autre soldat, dont l'héméralopie semblait tenir à la même cause, fut traité de la même manière et guérit aussi rapidement.

« Parmi les malades du 4e d'infanterie en garnison au fort Gibson qui furent traités par le docteur Wharton, il y en eut six qui étaient atteints d'héméralopie. Chez l'un d'eux, la maladie durait depuis trois mois; chez les autres, depuis au moins deux semaines. Ces hommes avaient fait un pénible service dans les montagnes de la Caroline du Nord; et, pendant de longues marches, leurs yeux avaient

été péniblement affectés par la réflexion de la lumière sur la neige. A l'exception d'un seul malade qui était atteint du scorbut, tous les autres jouissaient de la meilleure santé. Les pupilles étaient semblables à celles que l'on avait examinées chez les sujets précédents. On ne fit aucun traitement; seulement on renferma les malades pendant trente-six heures dans une obscurité complète. Au bout de ce temps, la vision était parfaitement rétablie chez six d'entre eux. Chez celui qui avait une affection scorbutique, il fallut vingt-quatre heures de plus pour compléter la cure. »

Les *Annales d'Oculistique* (II, p. 197) et *l'Encyclographie* (1839, *Gaz. méd.*) ont reproduit une note de M. Fleury sur l'héméralopie épidémique. M. Fréchier a aussi eu l'occasion d'observer cette affection sous la forme épidémique. « C'est environ depuis le mois de mars 1841, dit-il (*Bull. gén. de Thérap.*), que cette bizarre et inexplicable maladie s'est déclarée dans la commune de Maussane. Bien que les femmes enceintes en aient été affectées peut-être de préférence, elle n'a pourtant épargné aucun sexe, aucun âge, ni aucun tempérament. Elle s'est montrée, cela va sans dire, à des degrés divers. Ainsi, chez les uns, il y a seulement eu affaiblissement de la vue après le coucher du soleil; chez d'autres, il y a eu cécité complète à l'arrivée de la nuit, bien que la vision fût parfaite pendant le jour; chez quelques-uns la fonction visuelle s'exécutait mal, même en plein midi, quoiqu'elle ne s'abolît pas entièrement lorsque la nuit était venue. La durée de cette maladie ne fut que de sept à huit jours, que l'on ait employé ou non des moyens pour la combattre; les parties constituantes de l'œil ne paraissaient nullement altérées, et cependant on ne

put la regarder comme une complication d'une autre affection, puisque, les cas de grossesse concomitante exceptés, elle existait absolument isolée; elle était donc essentielle. Il est évident qu'elle était produite par une cause générale, une influence atmosphérique, un *quid divinum*; mais cette cause, quelle a-t-elle été? comment a-t-elle agi? Je me borne à dire que la cause la plus probable me paraît se trouver dans l'humidité dont l'air était imprégné par suite des inondations qui nous ont atteints, et encore cette cause ne serait-elle réelle, incontestable, qu'autant que cette affection aurait existé aussi dans les autres pays inondés, au moins les circonvoisins. »

La curieuse observation d'une héméralopie héréditaire depuis deux siècles dans une famille de la commune de Vendémian, près Montpellier, consignée par M. Cunier dans les *Annales de la Société de médecine de Gand* (1838), a été pour M. Szokalski le sujet de savants commentaires. (*Ann. d'Oculistique*, III.)

ζ) *Nyctalopie.*—Un médecin suédois, le docteur O. Marin, donne dans le *Haeser's Repertorium* (1841, Bd. III, hft 1), l'histoire d'une nyctalopie qui a régné parmi les soldats d'un régiment de pionniers, employés à des travaux dans les environs de Carlsburg.—Il nous a été impossible de comprendre le langage de l'auteur, qui dit n'avoir pu reconnaître les causes qui ont donné naissance à cette épidémie, qui a épargné les personnes étrangères au corps de pionniers, et celles de ce corps qui vivaient régulièrement.

η) *Achromatopsie.*— Une achromatopsie héréditaire dans une famille, depuis cinq générations, a été observée par M. Cunier (*Ann. d'Oc.*, I, p. 417 et

488). M. Szokalski, qui est entré dans de savantes considérations, tant sur l'achromatopsie, que sur la chromatopseudopsie, (Ibid. III. p. 79 et seq.), fait remarquer que l'observation de M. Cunier est dans une contradiction flagrante avec toutes celles qui ont été recueillies jusqu'à ce jour; l'imperfection visuelle s'est propagée par les femmes, et elles seules en ont été atteintes; aucun homme, sur 15 personnes, n'en a été frappé.

θ) *Myopie.*—M. Bourjot St-Hilaire indique le moyen suivant pour reconnaître la myopie simulée (*L'Esculape*) : Nous avons pris une boîte parallélipède de deux pieds de long sur un pied de hauteur. — L'intérieur est noirci comme une chambre obscure, et la lumière est projetée à l'intérieur par une fente étroite ouverte dans la paroi supérieure et tombant sur un miroir porté sur un angle de 45°; elle arrive par réflexion sur une feuille d'imprimerie collée sur un carton porté sur une sorte de petit chariot très-mobile, et marchant en avant et en arrière à l'aide d'une alidade mue par l'examinateur sans que l'examiné le sache.

De sorte que le carton peut être, à l'insçu de l'examiné, porté que de 1 à 18 pouces d'une ouverture binocle percée dans un des fonds de la boîte; qu'arrivera-t-il? L'examiné croyant la page éloignée lorsqu'elle est proche, ou proche quand elle sera éloignée, ne pourra accommoder artificiellement, si l'on peut dire ainsi, sa vue à courte ou longue distance; il accusera pouvoir lire à 12, 15 ou 18 pouces, lorsqu'il se prétendra myope, pensant que l'objet n'est écarté que de 2 à 4 pouces. S'il est myope, et véritablement myope, en faisant avancer ou reculer le porte-objet, on rencontrera le foyer exact de sa vision, parce que sur la course de l'a-

liade il y une règle de rapport, et l'on pourra savoir si sa myopie est de tel ou tel gré, ce que du reste on ne peut connaître que très-imparfaitement avec des verres, des individus pouvant *ad libitum* se servir du nº 12 au nº 5. — Ici l'incertitude où se trouvera le conscrit examiné sera certainement un moyen infaillible d'arriver à la vérité, et déjouera des fraudes basées sur un exercice forcé qui fait acquérir pour un temps, et à volonté, à l'œil, tous les vices de réfringence qui ici utulisés pour s'exempter du service militaire, constituent la myopie.

Dans la séance du 6 avril 1840, de la Société des Sciences de Gœttingue, M. le professeur Berthold a donné lecture d'un mémoire sur la cure de la myopie (voyez *V. Ammon's Monatsschritf*, vol. III, *Archives*, 1840). En voici le résumé succinct :

La myopie, dans les différents degrés de son développement, est sans contredit une des plus fréquentes anomalies de la vision, devenue plus fréquente encore sous l'influence de nos habitudes et de nos mœurs. Nous savons, d'une part, qu'elle doit son existence à ce que le foyer des rayons incidents se forme avant d'atteindre la rétine, et que les causes immédiates de cette position anomale du foyer sont : 1º une trop grande étendue du diamètre antéro-postérieur de l'œil, soit par accès de convexité de la cornée ou du cristallin, soit par l'hypertrophie de ce dernier, soit encore par excès de l'humeur acqueuse ou de celle de Morgagni; 2º une densité excessive des milieux réfringents de l'œil, et par conséquent la réfraction trop considérable des rayons incidents. Cet excès de densité peut avoir lieu dans la cornée, dans le cristallin, dans l'humeur aqueuse ou dans tous ces milieux à la

fois. 3° Les deux cas précédents peuvent avoir lieu à la fois, et peuvent être accompagnés d'une pupille trop grande.

D'autre part, il est hors de doute que l'œil possède la faculté de se conformer aux différentes distances, quoique les physiologistes ne soient pas encore parvenus à démontrer en quoi consiste cette modification. Certains états pathologiques de l'œil, tels que la myopie et la presbytie périodique et spasmodique, seraient inexplicables sans cette hypothèse; d'où il suit que dans le traitement de ces affections, il faut chercher à faire triompher la faculté que possède l'œil de se conformer aux différentes distances, de l'état physique de l'appareil optique, et le succès n'est pas si difficile qu'il le semble de prime abord, si cette faculté *accommodative* ne manque pas absolument, comme cela arrive chez quelques individus dont les yeux ressemblent à des chambres obscures, et ne peuvent percevoir les objets qu'à une distance absolument fixée. Cette *accommodation* de l'œil consistant nécessairement dans une modification, action soumise à notre volonté, on peut la développer par l'exercice, pourvu que celui-ci soit prolongé et gradué.

Dans ce but, M. le professeur Berthold emploie une machine qu'il a appelée MYOPODIORTHOTICON (!!!) (*myops*, myope; *diorthoticon*, correcteur.) Cet appareil, destiné à faire lire et écrire à des distances déterminées, est construit de la manière suivante :

Sur une table est placé un pupitre mobile d'avant en arrière; aux deux angles de la table, du côté où se place la personne soumise au traitement, s'élèvent deux montants verticaux, munis chacun

voir, présentait une dépression d'où sortait un peu de sang. Il n'y avait aucune trace de corps étranger, et la malade affirmait d'ailleurs que le clou avait été retrouvé sur le tapis.

Malgré le traitement antiphlogistique le plus actif et combiné avec une révulsion énergique sur le tube intestinal, l'inflammation et la douleur allèrent en augmentant pendant environ quinze jours, et il se forma même une escarre au centre de la cornée. Déterminé par la persistance des accidents à agir, M. O'Beirne fit à la cornée une ponction qui donna issue à une quantité considérable de matière purulente. Cette évacuation soulagea beaucoup la malade. Mais le chirurgien avait senti, pendant l'opération, l'extrémité de son instrument heurter contre un corps dur. Dès lors, il conçut des soupçons sur la véracité de la malade, et effectivement, le jour suivant, il reconnut, à l'aide d'une sonde, la présence d'un corps métallique dans l'intérieur du globe oculaire. L'extraction en fut faite avec quelque difficulté, et l'on put constater que c'était un clou de trois quarts de pouce de longueur et avec une tête large et aplatie. Ce qu'il y a de singulier, c'est que la partie de ce clou qui se présentait en avant et qui sortit par conséquent la première, était la pointe. L'amélioration fut considérable et instantanée; toute inflammation disparut bientôt, et la malade put sortir, l'œil de ce côté demeurant, à la vérité, impropre à la vision.

Ce fait peut être rapproché de ceux rapportés par MM. Cunier et Stiévenart (*Ann. d'Ocul.*, vol. I, p. 433), dans lesquels des fragments de capsules fulminantes avaient pénétré dans l'intérieur du globe de l'œil; M. Laurent (*Ibid.*) a rapporté l'observation d'une capsule fulminante entière extraite

de l'œil par M. Cunier au 3e mois de l'accident. M. O'Beirne, pour montrer combien la force avec laquelle le corps étranger a été lancé contre le globe, rappelle la position qu'occupait le clou dans l'œil, sa pointe regardant en avant, et conclut, ce qui ne doit pas laisser de doute, qu'il avait pénétré par la tête, un des bords minces et tranchants de celle-ci ayant déchiré la cornée. Dans le fait cité par M. Laurent, la capsule fulminante, placée au bout d'une baguette, et approchée d'une chandelle, avait été projetée à travers la cornée, le *cul* en avant, c'est-à-dire, sa seule partie ronde (elle était fendue en deux parties égales, suivant sa hauteur, jusqu'à sa base ou *cul*). — Le mode de projection du clou peut aussi expliquer ce qui a eu lieu chez la malade de M. O'Beirne ; l'action de secouer un tapis se rapproche beaucoup de celle de faire claquer un fouet ; ce genre de mouvement est susceptible d'imprimer la plus grande rapidité au corps qu'il projette : tous les corps introduits entre les paupières doivent être mus d'une force de projection extrêmement grande, celles-ci ayant un mouvement d'occlusion excessivement prompt et succédant avec la rapidité de l'éclair à la sensation qui nous en fait connaître la nécessité.

II. *Plaies de l'œil.* Le docteur van Onsenoort rapporte le fait suivant (*Nederlandsch Lancet*, novembre 1841).

Obs.—Un jeune homme de 19 ans avait reçu dans le segment interne de la cornée de l'œil gauche, un peu en dessous de l'axe transverse, un coup de pointe de ciseaux, qui, selon toute probabilité, avait touché le cristallin. Une violente hémorrhagie était survenue ; l'inflammation très-vive avait été combattue par des applications de sangsues.

et des fomentations d'eau froide. Le malade alla trouver M. van Onsenoort le quatorzième jour de l'accident; l'inflammation était alors très-forte; il existait à l'endroit de la blessure une petite élévation (eene kleine verhevenheid onder het bindvlies) sous la conjonctive, comme si un abcès allait se former. M. v. O. mit de nouveau en usage les antiphlogistiques, mais sans résultat satisfaisant. La tumeur devint de plus en plus élevée, puis plus plate, plus ronde et plus ou moins blanche, et son bord interne vint soulever la conjonctive de la sclérotique. La pupille était contractée, sans être anguleuse, et la vue était perdue depuis le cinquième jour après la blessure. M. v. O. crut alors que la cristalloïde avait été ouverte par l'action de l'instrument qui avait occasionné la blessure, et que le cristallin s'était frayé un chemin à travers les bords de la plaie cornéale et était resté incomplétement expulsé; il incisa la tumeur, qui contenait effectivement le cristallin; des applications d'eau froide eurent lieu, et quelques jours plus tard, il n'existait plus aucun symptôme d'inflammation; la vue demeura perdue. — Dans le fond de l'œil on remarque aujourd'hui une nuance grisâtre qui, selon M. v. O., a l'apparence de la paroi postérieure de la capsule du cristallin, qui est troublée et forme une cataracte secondaire. La pupille, ajoute-t-il, se dilate régulièrement sous l'influence de l'instillation de la solution de belladone.

M. van Onsenoort avait déjà consigné un fait semblable dans le premier volume de son journal (voyez *Ann. d'Oculist.*, II, p. 138).

M. Francke a donné (*Pfaff's Mittheilungen*, 1841, nos 1 et 2) l'histoire d'une femme qui eut un accident identiquement le même que celui du malade de M. van Onsenoort.

§. IV. Matière médicale ophthalmique.

A) *Emploi de la Belladone dans les maladies des yeux.* — M. Tonnellé, chirurgien en chef de l'hôpital de Tours, a communiqué au *Journal des Connaissances médico-chirurgicales* (décembre 1840) un grand travail inédit sur l'oblitération de la pupille, dans lequel il rapporte un grand nombre d'expériences fort curieuses entreprises par lui sur l'action des diverses préparations de belladone dans les maladies des yeux. Voici les résultats auxquels il est arrivé :

Le suc de la racine fraîche, de la plante elle-même, des baies; les extraits aqueux, alcoolique, éthéré; l'eau distillée de belladone, ont été tour à tour expérimentés sur une large échelle.

Les sucs des différentes parties de la plante fraîche sont bien supportés par les yeux et dilatent passablement la pupille dans l'état sain ; mais dans les cas de maladie, dans tous les cas particulièrement où la pupille tend à s'oblitérer, ou est déjà même en partie oblitérée, l'effet de ces préparations n'est plus suffisant.

Les extraits alcoolique et éthéré jouissent au plus haut degré de la propriété de dilater la pupille ; mais appliqués sur la conjonctive, ils y déterminent presque constamment un certain degré de rougeur et d'inflammation qui ne permet pas de les employer autrement qu'en frictions sur le front et les tempes, moyen insuffisant. L'extrait aqueux, au contraire, peut être employé impunément en applications sur la conjonctive, aussi longtemps que l'on veut, sans aucune espèce d'inconvénient; tout au plus produit-il dans certains cas et de prime abord une lé-

gère injection qui se dissipe très-promptement d'elle-même.

Pendant longtemps M. Tonnellé s'est servi de cet extrait en solution dans une infusion de feuilles de belladone, filtrée avec soin ; mais il a reconnu depuis que la meilleure préparation est la dissolution de l'extrait aqueux dans l'eau distillée de belladone ; elle n'irrite nullement l'œil, et agit efficacement pour tempérer l'inflammation (1). L'extrait aqueux peut dès-lors être employé en applications directes sur la conjonctive aussi longtemps qu'il est nécessaire.

M. Tonnellé a reconnu que le meilleur mode d'emploi de cette solution consiste à répéter les applications de deux heures en deux heures, et à tenir dans le grand angle un bourdonnet de charpie imbibé de la solution, que l'on renouvelle assez fréquemment.

C'est principalement dans les affections de l'iris qui tendent à oblitérer la pupille et à la suite de l'opération de la cataracte, que la belladone, appliquée de cette façon, a produit les effets les plus remarquables.

Dans l'iritis *membraneuse*, M. Tonnellé a vu les adhérences étendues sous forme de rayons du bord de la pupille au centre du cristallin, s'allonger peu à peu sous l'influence du remède, et à des degrés qui ont varié selon leur consistance, leur ancienneté. La petite circonférence de l'iris devient inégale, an-

---

(1) Extrait 1 partie, eau 2 parties. Plus chargée, la solution devient épaisse et est difficilement absorbée ; plus étendue, elle perd de son activité.

guleuse ; il s'y forme de petites courbes centrales, comme autant de petites pupilles partielles. — Les extrémités de ces courbes, retenues par les adhérences membraneuses, offrent alors, et quelquefois pendant un temps très-long, des saillies anguleuses qui s'amincissent peu à peu et disparaissent progressivement, tantôt par suite d'une sorte d'usure, tantôt par un véritable décollement. — M. Tonnellé en a vu fréquemment les débris flotter au centre de la pupille, jusqu'à ce que l'absorption les eût complètement détruits. Il affirme avoir vu quelquefois, dans ces cas, les points d'insertion de ces membranes à la capsule du cristallin, présentant déjà un commencement notable d'opacité, reprendre peu à peu leur transparence, et la vue se rétablir complétement.

Dans d'autres cas plus graves, où la pupille était déjà presque complétement oblitérée par des produits membraneux, M. Tonnellé dit avoir rétabli peu à peu cette ouverture, et avec elle la vision. Tantôt il se fait alors une petite dilatation partielle de la pupille dans un point de la petite circonférence de l'iris, d'où résulte une sorte de pupille annexe, qui s'agrandit progressivement ; tantôt la toile membraneuse paraît s'amincir peu à peu vers son centre ; elle s'use, puis se déchire, ou bien se dissipe et se fond, en quelque sorte graduellement, comme un nuage.

« C'est le plus souvent de cette façon, continue M. Tonnellé, que les choses se passent pour les fausses membranes qui surviennent à la suite des opérations de cataracte, et c'est aussi dans ces cas que l'on obtient les succès les plus complets. » Conduit par l'observation à reconnaître que la cataracte secondaire n'est toujours que le résultat de l'iritis

membraneuse (!!??) et le produit même des fausses membranes propres à ce genre d'affection, il a appliqué la belladone suivant la méthode indiquée plus haut, au traitement de cette maladie, et presque toujours avec un succès complet, si le remède était employé dès le quatrième jour. M. Tonnellé fait alors ouvrir les yeux à un demi-jour; si le malade voit, il est inutile d'insister; mais s'il ne voit pas nettement, surtout après l'extraction, et qu'il n'existe pas d'inflammation, il y a pour lui presque certitude qu'il existe une cataracte secondaire, et il s'en assure. M. Tonnellé est parvenu à détruire les membranes au huitième, quelquefois au douzième jour. Il arrive qu'elles ne se détachent que d'un côté; la belladone étant continuée, l'absorption détruit peu à peu ce qui reste, et on les voit se réduire à un petit liseré qui borde toute la partie du bord pupillaire.

Lorsque les préparations de belladone ne réussissent pas à détruire les membranes, elles ont encore l'immense avantage de s'opposer à l'oblitération de la pupille.

Ce qui frappe avec raison, c'est que M. Tonnellé n'ait jamais songé à combiner l'usage des antiplastiques avec celui de la belladone; sa pratique, qui se distingue de celles de tous les oculistes par la négligence de l'emploi de ces précieux moyens, — lui eût bien certainement fourni des résultats beaucoup plus brillants que ceux dont il se loue déjà si fort.

Lorsque la pupille est oblitérée par de fausses membranes, M. Tonnellé use simultanément de la belladone et de l'aiguille. — Dans les cas où il reste quelques rayons membraneux, il introduit une aiguille étroite, légèrement courbe sur son plat, tranchante sur les deux côtés, dans la chambre anté-

rieure, par la cornée, en dirige la pointe entre l'iris et le cristallin, et coupe rapidement les adhérences. M. Tonnellé est quelquefois revenu deux à trois fois à cette petite opération, « qui est sans douleur pour le malade, et toujours sans inconvénient » *si elle est faite convenablement*, ajoute-t-il ; c'est alors à la belladone à prévenir de nouvelles adhérences.

Dans la cataracte secondaire, lorsque les membranes résistent à la belladone, le même procédé est mis en usage par M. Tonnellé ; c'est ici surtout que la belladone est nécessaire pour prévenir une nouvelle adhésion. Par son emploi, le lambeau reste certainement flottant, et l'absorption ne tarde pas à le détruire. Dans les cas les plus graves et les plus rebelles, M. Tonnellé a été quelquefois dans la nécessité de faire deux ou trois introductions d'aiguille, et d'employer la belladone pendant six sesemaines, deux mois.

M. Tonnellé n'a jamais remarqué que l'emploi prolongé de la belladone ait diminué en quoi que ce soit la sensibilité de l'œil. Cette assertion est en contradiction avec celle de tous les autres observateurs, et notamment de MM. Kneschke et Cunier (*Annales d'Oculistique*, II, p. 52.)

M. Tonnellé a encore expérimenté les préparations de belladone dans les blessures qui intéressent l'iris ; « l'effet de ces lésions étant constamment de déterminer le resserrement et par suite l'oblitération de la pupille, il a recours à ces préparations dès que l'inflammation a été suffisamment amortie par l'eau froide. » De cette façon, il prévient presque toujours les adhérences membraneuses, et, dans les cas où il ne peut y parvenir, il maintient la pupille dans un état de dilatation suffisante pour que la

destruction par l'instrument ne présente plus de difficulté. Il se sert aussi de ce moyen après le broiement de la cataracte; il dit éviter ainsi les adhérences si fréquentes entre l'iris et les débris de la capsule.

En somme, aucune des recommandations de M. Tonnellé n'est neuve; mais toutes méritent de fixer l'attention des praticiens qui, pour la plupart, les négligent habituellement.

B) *Gaz acide carbonique*. Les fumigations avecce gaz ont été employées par le professeur Ruete, de Gottingue (*Hannoversche Annalen*, 1841, liv. 3) dans les relâchements et les dilatations des vaisseaux de la conjonctive, et de la muqueuse du canal lacrymal. Il introduit le gaz acide carbonique dans le canal lacrymal, en adaptant au tube d'une cornue le cathéter de Gensoul, qu'il introduit par l'ouverture nasale.

C) *Emploi du vésicatoire palpébral dans le traitement des ophthalmies*.—Voici à ce sujet l'opinion de M. le docteur Chaumet (*Journ. de la Soc. royale de méd. de Bordeaux*, 1841): « Pour nous, dit-il, qui avons déjà eu occasion d'y recourir dans sept cas différents, nous sommes bien loin de partager les répugnances qu'il inspire..... Nous croyons pouvoir affirmer que dans la majorité des cas, il a seul obtenu les honneurs de la cure..... Le vésicatoire palpébral ne deviendra certainement jamais une médication générale; mais il est pour nous incontestable qu'il sera *irremplaçable* dans un bon nombre de cas..... Nous croyons devoir limiter aux conditions suivantes la sphère d'application de ce grand agent thérapeutique :

« 1° Dans les conjonctives oculaires, lorsque les

faces intérieures des paupières sont un peu injectées;

« 2° Lorsque la cornée transparente, la sclérotique, les procès ciliaires et d'autres parties profondes de l'œil seront affectées;

« 3° Dans les ophthalmies déjà anciennes;

« 4° Dans l'hypopion des chambres de l'œil, après les antiphlogistiques;

« 5° Enfin, dans la vascularisation de la cornée, les ulcères, le ramollissement pulpeux et les taches par épanchement entre les lames de cette membrane.

« Nous avons le soin de faire piquer la phlyctène sans enlever l'emplâtre le lendemain de son application, et le deuxième ou troisième jour, en enlevant le vésicatoire lui-même. Nous avons le soin de ne point permettre d'écarter les paupières. Ce ne serait que dans le cas de trop vives douleurs, siégeant profondément, que nous nous déciderions à examiner l'intérieur de l'œil avant le cinquième ou le sixième jour. »

D.) *Préparation des collyres.*—Un élève en pharmacie, M. J. H. Labordette, a inséré dans un des derniers numéros du *Journal de chimie médicale* (octobre 1841) quelques observations sur l'emploi des solutions opiacées dans les collyres. Il est, dit-il, des médecins qui connaissent peu les réactions des substances qu'ils prescrivent et qui ordonnent des médicaments dont la nature se trouve changée par l'action d'un produit sur un autre, et, lorsqu'ils n'atteignent pas le but qu'ils s'étaient proposé, ils rejettent souvent sur le pharmacien une erreur dont ils sont coupables. Parmi les erreurs qu'ils commettent à cet égard, il en est

une surtout que M. Labordette croit devoir leur signaler ; elle consiste dans l'emploi du laudanum ou de la teinture d'opium, ou de toute autre préparation opiacée, soit alcoolique, soit aqueuse, dans les collyres renfermant du sous-acétate de plomb. Dans ce cas, au lieu d'avoir un collyre résolutif calmant, on obtient tout simplement une liqueur tenant en dissolution de l'acétate de morphine et un précipité plus ou moins abondant de méconate de plomb et de la matière colorante du safran, si on a employé du laudanum. La nature du médicament est donc tout à fait changée, peut-être même viciée, et ne peut par conséquent remplir les vues du praticien. Partant de là, M. Labordette propose de remplacer les solutions alcooliques ou aqueuses d'opium par un sel de morphine et en particulier par l'acétate de cette base rendu complétement soluble par l'addition d'une minime quantité d'acide acétique.

Nous dirons avec la *Gazette des Hôpitaux* (1841 n° 135), que l'observation de M. Labordette est juste en elle-même, et mérite l'approbation de tous ; mais qu'il est fâcheux qu'il ait choisi comme exemple la préparation des collyres avec l'acétate de plomb et les opiacés, car bien que la double décomposition ait lieu comme il le dit, le collyre n'en est pas moins résolutif et calmant, comme si cette circonstance n'existait pas. En effet, l'acétate de morphine produit est calmant ainsi que toutes les autres préparations d'opium, et le méconate de plomb n'est pas moins résolutif que le sous-acétate de ce métal ; de telle sorte que le médicament ainsi préparé, quoique renfermant des combinaisons autres que celles que les praticiens ont voulu y faire entrer, n'en

possède pas moins toutes les propriétés désirées.

§ V. Myotomie oculaire.

Nous pourrions consacrer un volume entier à l'analyse des travaux qui ont paru sur ce sujet.

Nous nous bornerons à rassembler ce qui peut intéresser sous le rapport de l'histoire de la myotomie oculaire, des diverses applications qui en ont été faites, des procédés qui ont été suivis.

A. *Histoire.* — La myotomie comme moyen curatif du strabisme, n'est-elle connue que depuis quelques années ?

Voici ce qui est acquis à l'histoire :

Dans la séance du 24 septembre de l'Académie de médecine de Paris, M. Velpeau a donné lecture de la note suivante, extraite par M. Ribail, du *Précis analytique des travaux de l'Académie des Sciences de Rouen*, pour l'année 1743, où elle a été insérée par Lecat :

« Un des poisons les plus dangereux que la méde-« cine ait à combattre et que les lois aient à punir, « c'est le charlatanisme. Les plus grandes villes, « comme les bourgades sont infestées de faiseurs de « miracles, qui n'en imposent pas seulement à des « hommes bornés, mais encore à des personnes que « leur esprit et leur éducation devraient garantir « des erreurs pardonnables à la multitude.

« Le docteur T. me servira à prouver ce que « j'avance. J'ai eu occasion d'examiner à fond sa « conduite, et j'ai cru que l'histoire en pourrait être « utile au public, et agréable à l'Académie (de « Rouen). Cet homme spirituel, aimable, arrivé à « Rouen le...., y devint en peu de jours l'objet de

« l'admiration générale. Il possédait un arsenal « superbe d'instruments, s'en servait avec dextérité, « et faisait voir des portefeuilles remplis de certifi- « cats les plus avantageux et les plus authentiques. « La porte de son hôtel était gardée par des sol- « dats : il fallait des recommandations pour entrer « chez lui, et les opérations se faisaient devant un « cercle brillant de personnes choisies. *La grande « opération, la plus merveilleuse de toutes, était « celle par laquelle il prétendait redresser les « yeux louches*. En voici la manœuvre : Avec une « aiguillée de soie, il prenait une portion de la « conjonctive de l'œil louche, vers la partie infé- « rieure du globe, et, ayant fait une anse de cette « soie, il s'en servait pour tirer à soi la portion de « la conjonctive qu'elle comprenait, et la coupait « avec des ciseaux ; ensuite il mettait un emplâtre « sur l'œil sain ; l'œil louche se redressait, et cha- « cun criait miracle !

« J'usai de la liberté qu'il m'avait accordée, en « lui demandant le motif d'une opération qui me « paraissait inutile, pour ne pas dire dangereuse. « Il me répondit qu'un œil n'était louche que parce « que l'équilibre entre ses muscles était détruit ; « que, pour rétablir cet équilibre, il ne s'agissait « que d'affaiblir le muscle qui l'emportait sur les « autres, et que c'était ce qu'il faisait en coupant « un des filets nerveux qui se portaient à ce muscle « trop puissant. »

L'Examinateur médical du 26 septembre 1841, écrit au sujet de cette note : « Nous avons entendu « dire à M. Velpeau, et nous pensons nous-mêmes « que ce T. désigne J. Taylor, qui a publié à Paris, « en 1738, un traité intitulé : *De vera causa stra- « bismi*. Mais Taylor était Anglais, oculiste du

« Roi d'Angleterre; seulement il a parcouru la « France, comme presque tous les autres pays de « l'Europe, en qualité de chirurgien ambulant. »

Ce docteur T. dont parle Lecat, doit, comme le pensent M. Velpeau et les rédacteurs de *l'Examinateur médical*, être Taylor, qui se trouvait en France à cette époque. La supposition que l'invention de la strabotomie revient à l'oculiste anglais, se change d'ailleurs en certitude par la citation d'un passage de Heuermann, dont M. le docteur Mouremans a donné communication, au nom de M. Cunier, à la Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles, dans la séance du mois de mars 1841. Voici le texte du passage extrait de Heuermann, ABHANDLUNG DER NEUESTEN CHIRURGISCHE OPERATIONEN, Leipzig et Copenhague, 1756.

« *Taylor hat auch vorgegeben, das Schielen durch die Zerschneidung der Flaechse von dem obern Schraegen Augenmuscul zu heilen. Allein da das Schielen nicht allemahl von der Zuzamenziehung dieses Musculs hevorgebracht wird, überdem aber der untere schraege Augenmuscul bei Zerschneindung des obern den Augapfel nach der entgegengesetzten Seite drehet, und dadurch eine neue Art von Schielen erregt; die geraden Augenmusculn, die doch oft zum Schielen Gelegenheit geben, wegen ihrer Lage auch nicht wohl Zerschnitten werden können, so siehet man, das diese Operation die wenigste Zeit nützlich seyn kann, überdem aber wenige Patienten eine solche Operation bei sich anstellen lassen werden, weil das Schielen eben so nicht so beschwerlich, und die Operation*

mit grossen Schmerzen, und einen ungewiss guten Erfolge verknüpfet.»

Ce n'est donc pas, comme il l'a écrit (*Ann. d'Oculistique*, juin.—Sur la myotomie, etc.), dans un auteur italien, mais bien dans un auteur allemand, que M. Cunier avait lu que la myotomie était indiquée comme moyen curatif du strabisme.

On lit encore dans une dissertation latine de Pierre Verheyden, imprimée à Louvain en 1767, *Dissertatio de praecipuis morbis oculi*, p. 27 : *Strabones permultos ferro sanatos apud Anglicos vidi* (1).

Or, qu'entendre par *ferro sanatos* ? L'opération, bien certainement. Mais à quelle opération peut-on avoir eu recours? Et-ce à la myotomie?

Comme on le voit, il avait été fait mention autrefois de la division des muscles pour faire cesser le strabisme. Mais on ne trouve nulle part la description du procédé opératoire qui aura pu être suivi.

M. Boinet (*Journ. des Conn. médico-chirurg.*, *janvier* 1842, p. 2) s'exprime ainsi :

«Notre opinion est que tous ceux qui jusqu'ici ont écrit sur le strabisme ont perdu de vue, soit volontairement, soit par préoccupation, ou par ignorance, la véritable cause de l'origine de la myotomie oculaire. Suivant ces auteurs, c'est à Stromeyer, c'est à Dieffenbach surtout,

---

(1) Ce qui nous a paru étrange, c'est que cette phrase a été retranchée dans la réimpression de cette thèse, qui figure dans la *Collectio dissertationum medicarum in alma Universitate Lovaniensi multorum annorum curriculo defensarum*. Lovanii, MDCCLXXXXV.

qu'il faudrait rapporter le mérite de cette découverte. Cette opinion, nous l'avons déjà dit, nous ne la partageons nullement, et voici sur quels motifs est basée notre manière de voir, que nous croyons juste et raisonnable. Qu'on se garde bien de croire cependant, d'après cette déclaration si positive, qu'il est dans notre intention d'enlever à Stromeyer et à Dieffenbach le mérite qui leur revient dans cette opération; à l'un d'avoir le premier proposé la section des muscles de l'œil pour guérir le strabisme, à l'autre d'avoir fait le premier cette opération avec succès; non assurément ce mérite, nous ne le leur contestons pas; le faire, serait une injustice très-grande; ce que nous désirons prouver, et notre tâche ne sera pas difficile, c'est que Stromeyer et Dieffenbach n'ont fait que mettre en pratique un principe posé, établi, démontré, par un de nos compatriotes, par M. J. Guérin. C'est en effet en démontrant que la section des muscles contractés ou rétractés rétablissait souvent les fonctions de certains organes, que le chirurgien français a engagé ses confrères à faire la section des muscles de l'œil. Ainsi donc, partant de ce principe général bien basé, bien formulé et bien indiqué, « que la rétraction pouvait atteindre tous les muscles de l'économie, on devait, par une induction logique, étendre la ténotomie à tous les tendons et muscles de l'économie qui forment obstacle à la position normale des organes et qu'alors, au lieu d'une pratique routinière, dépourvue de principes et de raison, bornés à un ou deux muscles (le tendon d'Achille, le sterno-mastoïdien), on aurait une règle générale applicable à tous les cas analogues connus ou à connaître, en un mot, un véritable principe thérapeutique; » partant de ce principe, disons-nous, les chirurgiens étrangers que nous venons de citer tout à l'heure ont été amenés à appliquer sur des muscles

qu'on n'avait pas encore coupés, et qu'on n'aurait pas osé couper avant la connaissance de cette règle générale, une méthode thérapeutique qui, par les résultats qu'elle donne et qu'elle promet, sera une des plus belles conquêtes de la chirurgie. Ce fut donc la connaissance de la section possible de tous les muscles ou tendons et la possibilité, après ces sections, de redresser les organes, qui fit concevoir à Stromeyer la méthode qui consiste à couper les muscles de l'œil, pour le redresser; ce fut aussi sans aucun doute la même raison qui guida Dieffenbach et le décida à tenter une opération qui n'avait été que proposée par Stromeyer et essayée sans succès par un chirurgien de Landau, par Pauli. Peut-être aussi le chirurgien de Berlin fut-il poussé par cet esprit d'expérimentation dont il a plus d'une fois donné des preuves nombreuses. Mais la conception de cette méthode thérapeutique, l'idée-mère, si je puis m'exprimer ainsi, de la section de tous les muscles, la mise en pratique de cette opération dans un très-grand nombre de cas, sont des faits trop importants dans la question qui nous occupe, pour les passer sous silence. Il nous suffira de renvoyer à Stromeyer lui-même ceux qui pourraient avoir le moindre doute à cet égard; voici comment il s'exprime (*Beiträge zur operative Orthopädie von Dr. Louis Stromeyer. Hannover*, 1838) : « Je me promets un résultat brillant de la *ténotomie* dans le strabisme; opération qui ne présente aucune difficulté pour l'ophthalmologue exercé. » Nous ne pouvons disconvenir que la myotomie oculaire est une méthode opératoire entièrement neuve, mais elle ne doit apporter d'honneur à ceux qui les premiers l'ont mise en pratique que ce qu'en rapportera plus tard la section d'un muscle qui n'a pas encore été coupé, à celui qui le premier fera cette nouvelle section. Aujourd'hui un chirurgien viendrait à faire

la ligature d'une artère qui n'a pas encore été liée, soit pour un anévrysme, une hémorrhagie ou une autre affection, lui reconnaîtrait-on un autre mérite que celui d'avoir le premier appliqué sur cette artère les connaissances que nous possédons sur la ligature des artères en général? D'après ces remarques, il est donc facile de comprendre que les éléments de l'opération de la myotomie étant connus, Stromeyer et Dieffenbach n'ont d'autre mérite que d'en avoir fait l'application sur les muscles de l'œil. Il nous semble que cette manière d'envisager la question, pour ce qui est de la découverte de la myotomie oculaire, est la seule vraie, la seule raisonnable. M. Guérin, si nous ne nous trompons pas, doit être considéré comme auteur de l'idée première, de l'idée génératrice. Entre cette idée première et celles qui l'ont suivie, la distance est la même que celle qui sépare une invention d'un progrès. MM. Stromeyer, Dieffenbach, Cunier, et bien d'autres depuis, ont éclairé, complété, étendu, les applications du principe formulé par le chirurgien français; car, en définitive, ils n'ont introduit dans la question aucune idée nouvelle, aucune idée première, parce qu'en effet le premier créateur de cette méthode avait indiqué lui-même la plupart des conséquences de ce moyen thérapeutique. Peut-on nous objecter que les chirurgiens allemands ignoraient les travaux de M. J. Guérin? Cette objection serait trop injurieuse pour des hommes comme Stromeyer et Dieffenbach, qui sont très au courant de ce qui se fait en France, et surtout de tout ce qui concerne l'orthopédie. Il est donc juste de croire et de dire que les idées qu'on avait sur la ténotomie, considérée d'une manière générale, devaient nécessairement faire penser qu'on pouvait les appliquer sur tous les muscles rétractés; aussi ces connaissances générales ont-elles été, selon nous, la cause

de la myotomie oculaire, et M. J. Guérin n'eût-il fait qu'engager ses confrères à examiner ce point de thérapeutique, qu'il aurait des droits incontestables à la reconnaissance publique, car celui qui a conçu toutes les idées fondamentales d'une méthode thérapeutique qu'il a créée, généralisée, n'a-t-il pas plus de droits à la découverte de cette méthode que ceux qui, plus tard, ont appliqué ces recherches à un point particulier de myotomie ou de ténotomie, et réalisé pour un muscle ce qui avait été proposé pour tous les muscles? Pour ce qui regarde le strabisme en particulier, on savait depuis longtemps que, parmi les causes nombreuses qui peuvent le produire, la contraction, l'excès de force ou d'action des muscles moteurs de l'œil, étaient les causes les plus fréquentes de cette difformité (1), mais on ignorait alors que cette difformité, dépendant d'une rétraction musculaire active, pouvait disparaître à l'aide d'un moyen thérapeutique bien simple, par la section du muscle rétracté ou contracturé. Aussi, avant cela de combien de moyens plus ou moins singuliers, plus ou moins ridicules, ne s'est-on pas servi, et toujours inutilement, pour guérir le strabisme? Mais cette idée de couper tous les muscles rétractés qui s'opposent à la fonction d'un organe étant devenue un principe général établi par de nombreux faits d'une part, et la cause du trabisme étant, sinon connue, au moins supposée dépendre de la contraction des muscles de l'œil, de l'autre, l'opération de la myotomie oculaire s'est présentée tout naturellement à l'esprit de ses premiers auteurs qui, pour l'inventer, n'ont pas eu à faire grand effort d'imagination. Cette

(1) Dict. de méd. et chir. prat., t. XV.

opération est, on peut le dire avec certitude, la conséquence naturelle, forcée, des nouvelles recherches publiées, depuis quelques années, sur les sections musculaires, et cette opinion me paraît tellement vraie, tellementnaturelle, que la myotomie oculaire serait encore à trouver, si cette méthode thérapeutique de la section des muscles et tendons rétractés n'avait pas été généralisée.

« Il suffit de cet exposé rapide pour faire sentir ce qui appartient à chaque chirurgien, dans cette nouvelle opération. On ne peut s'empêcher d'apprécier l'immense part que doit avoir, dans la découverte de la myotomie oculaire, la généralisation de cette méthode thérapeutique, surtout si l'on observe que c'est par l'une que Stromeyer a été nécessairement dirigé vers l'autre, et que ce n'est qu'après les remarques faites par M. J. Guérin que le chirurgien de Hanovre a pu inventer son procédé. Il est probable que c'est également la connaissance des opinions et des opérations de M. J. Guérin sur les muscles rétractés qui a engagé le chirurgien de Berlin à pratiquer la section des muscles de l'œil, car nous ne pouvons pas supposer que MM. Dieffenbach et Stromeyer aient eu l'idée de couper des muscles pour guérir le strabisme, avant de savoir que tous ces muscles étaient susceptibles de se rétracter, et qu'il était possible, la rétraction existant, de remédier à ses inconvénients par la section de ces muscles. Enfin, s'il n'est pas vrai de dire que toute la myotomie oculaire est dans la découverte des sections musculaires affectées de rétraction ou de contracture, au moins est-il prouvé que les travaux de M. J. Guérin ont été pour beaucoup dans la découverte de ce procédé qui repose sur un fait établi, démontré, et aujourd'hui généralement admis, à savoir que tout muscle rétracté peut être coupé. »

Un fait incontestable, c'est que la note de M. Stromeyer (voir son ouv. 1838), a été l'occasion de la vogue, ou de la remise en vogue, tout comme on voudra l'entendre, du traitement chirurgical du strabisme.

Quelques mois plus tard, M. le docteur Frédéric Pauli, de Landau-in-der-Pfalz (Bavière-Rhénane) voulut diviser le droit interne sur une jeune fille de 14 ans, qui était affectée d'un strabisme convergent des deux yeux (*Schmidt's Jahrbucher*, 1839, Bd. XXIV); sa tentative ne fut pas couronnée de succès. Voici, d'après M. Phillips (*du Bég. et du strab.*, 1841, p. 8), ce qui se passa :

« Il s'agissait d'une jeune fille de quatorze ans qui louchait des deux yeux : La mère de la jeune personne, avertie de la possibilité d'une guérison, en fut transportée de joie ; mais, malgré la plus grande fermeté de la part de la jeune fille, il fut impossible de fixer l'œil en le tenant par la conjonctive. Lorsque j'approchai le couteau, dit Pauli, l'œil se précipita en bas, en déchirant la muqueuse retenue par des pinces. »

« Après avoir étanché le sang, Pauli fit deux nouveaux essais qui furent aussi malheureux que le premier. Il dut remettre l'opération à un autre moment, afin de ne pas provoquer une trop vive inflammation. Si on ne parvient pas à fixer l'œil en le tenant par la conjonctive, ce chirurgien donne le conseil de le piquer avec une aiguille à cataracte. »

MM. Dieffenbach et Cunier ont réclamé tous deux la priorité pour l'application sur le vivant du procédé de Stromeyer. M. Dieffenbach (1) prétendait

(1) Gazette médicale de Paris, 1841, n° 10.

« avoir fait sa première opération longtemps avant « le 13 novembre 1839, même BIEN AVANT le « terme que M. Cunier réclame comme date de « sa première opération (le 29 octobre 1839). » M. Phillips nous a appris peu de temps après (op. sup. cit. p. 8) que : « le 26 octobre 1839, M. Dief« fenbach fit pour la première fois cette brillante « opération. » — « Notre confrère de Berlin, dit « M. Cunier (*Ann. d'Oc.* avril 1841, p. 39) est, on « l'avouera, prodigieusement facile lorsqu'il s'agit « de preuves en sa faveur. C'est le 13 novembre « qu'il a fait connaître sa première guérison, qui, il « faut le rappeler, *était complète le huitième jour*, « et il en conclut que l'opération a été faite LONG« TEMPS AVANT CETTE DATE, même BIEN AVANT le « terme de ma première strabotomie. Cela est « d'une logique sans pareille.

« Mais, s'est-on demandé, pourquoi M. Dief« fenbach ne dit-il pas positivement le jour où il « a opéré pour la première fois un louche? Cela « eût fixé rigoureusement la question de fait, celle « de l'application sur le vivant de la myotomie « oculaire.

« J'ignore les motifs qui ont porté ce chirurgien « à ne point faire connaître dans ses diverses pu« publications, de 1839, 40 et 41, cette date, que « M. le docteur Ch. Phillips fixe, après coup, au « 26 octobre 1839; ce serait donc à DIX-SEPT JOURS « que se réduirait le LONGTEMPS AVANT LE 13 NOVEM« BRE; ce serait donc TROIS JOURS d'intervalle qui « font dire à M. Dieffenbach BIEN AVANT LE 29 « OCTOBRE !!...

« Je veux et je dois m'abstenir de toute espèce « de réflexions. Je laisse le public médical juge « dans ce procès. »

Un mot sur un passage de la brochure de M. Verhaeghe. Ce médecin dit p. 40 : « Il est de fait « que M. Cunier, dans ses *Annales d'Oculistique* « (T. II, 2e année, p. 54), a inséré une note, qui « correspond au 29 octobre, où il donne purement « la traduction du procédé de Stromeyer. » Pourquoi M. Verhaeghe fait-il correspondre cette note au 29, alors qu'elle a été insérée dans la livraison du 15 octobre?... De nombreux *strabologues* se sont appuyés de la citation de M. Verhaeghe, et l'ont pressurée pour montrer que M. Cunier ne pouvait avoir opéré le 29 octobre, puisqu'il n'en avait pas fait mention dans le numéro de son journal portant cette date. Misères !

M. Cunier a dit et redit (*Ann. d'Oc.* juin 1840, avril 1841, *Sur la myotomie*, etc., p. IX, *Gaz. méd. de Paris*, 1841, n° 11) qu'il ne tenait pas à la priorité dont il n'avait que faire, et qui pourrait devenir embarrassante pour lui. Embarrassante ! Et pourquoi, s'est-on demandé ? Oui certes, *embarrassante*, parce qu'il n'a pas reconnu d'abord l'importance de l'opération, parce qu'il n'a pas songé qu'elle pût jamais constituer une méthode générale pour la cure du strabisme. Embarrassante, parce que malgré cette priorité, on pouvait toujours le mettre en demeure de reconnaître que sans l'article que M. Dieffenbach a inséré dans la *Verein's Zeitung* du 13 novembre 1839, il n'eût peut-être pas eu de nouveau recours de longtemps peut-être, à la myotomie oculaire. Le fardeau était trop lourd ; il n'a pas voulu s'en charger.

Le chirurgien qui est ici en cause regrette vivement de devoir parler aussi longuement de ce qui le regarde personnellement. Que les lecteurs veuillent bien envisager sa position, et ils lui passeront

la longue digression à laquelle il vient de se livrer, et qu'il doit terminer par quelques mots sur une attaque dont il a été l'objet de la part de M. Melchior, de Copenhague.

M. le docteur Marinus, rendant compte dans la *Gazette des Hôpitaux*, du 2 juillet 1840, de la brochure de M. Crommelinck, a donné l'historique de l'opération du strabisme en Belgique. M. Marinus savait de M. Cunier lui-même, ainsi que par les journaux politiques, entre autres *L'Emancipation*, *L'Eclaireur* (de Namur), que son confrère avait opéré des louches ; mais M. Marinus venait d'être remplacé par M. Cunier dans la rédaction de *l'Encyclographie*, et il crut ne pas devoir citer son nom. Cette omission calculée a été interprétée ainsi par M. Melchior (l. cit. p. 8) « *Ignorare igitur Marinus videtur operationes Cunieri, unde elucere videtur, illas ne in Belgia quidem vulgo cognitas fuisse.* » La brochure de M. Melchior était imprimée, lorsque les *Annales d'Oculistique* du mois d'août 1840, sont venues lui donner la clé de l'énigme : il s'est hâté de dire, dans une note : « *Annales Cunieri, qui* Annales d'Oculistique *in-* « *scribuntur, nactus sum, antequam disputa-* « *tionem meam ad finem perduxi, ex quibus,* « *vidi, Marinum, qui pag.* 8 *libri mei com-* « *memoratur, cum Cuniero non magna esse* « *in gratia, quae forsitan fuerit causa cur eum in* « *relationibus suis non commemoraverit.*» Le chirurgien danois avait deviné juste.—Il avait du reste eu la bonne foi de dire, p. 9 : « *Addere tamen debeo in* « *eodem* Gazette des Hôpitaux *editorem harum* « *ephemeridum dicere* «. Nous devons à la « vérité de dire qu'à la suite de la publication de « Stromeyer, qui paraît être le premier qui ait an-

« noncé la nouvelle méthode, article qui fut répété « dans les Annales d'Oculistique, M. Florent Cunier, « médecin belge, nous écrivit pour nous annoncer « qu'il venait de pratiquer deux fois avec succès « l'opération de Stromeyer. » *Unde sane elucet « Cunierum ante Marinum hac de re editori ephe- « meridum illarum scripsisse, sed non quando « scripserit, utrum fortasse uno solo mense ante, « an jam ante Decembrem anni* 1839 ? » Ce qui a été dit plus haut répond à la question de M. Melchior, qui termine en disant : « *Quibus de rebus « spero fore, ut Cunier nos in posterum cer- « tiorem faciat.* » Son désir est accompli.

Nous mettrons fin à la partie historique, en rappelant que jusqu'à ce jour M. Phillips a laissé sans réponse les quatre questions qui lui ont été posées par M. Cunier (*Ann. d'Oc.* avril et mai 1841.)

Pour ce qui est de la lettre insérée dans les *Annales d'Oculistique* de juillet 1840, et dans laquelle on s'attache à faire valoir les droits de M. Gensoul, qui aurait fait part à M. Dieffenbach de ses essais de myotomie oculaire, nous sommes entièrement de l'avis de M. Phillips, que M. Dieffenbach « *n'eût rien retiré de plus utile de cette communication que la publication de Stromeyer*, qui avait paru depuis dix mois ; » mais on ne peut refuser d'admettre que les renseignements de M. Gensoul ont pu lui être utiles, — et, après tout, il devait au moins en faire mention, comme également il ne devait point passer sous silence les essais infructueux de M. le docteur F. Pauli.

Quant à la part que M. le docteur Carron de Villards peut revendiquer, M. Cunier a montré, (*Ann. d'Oc.* avril 1841 p. 43-44) qu'elle est loin de pou-

voir être réduite à la dose *infinitésimale* qu'en a faite M. Phillips. (l. cit.)

B. *Méthodes opératoires.* — On a imaginé une multitude de procédés pour exécuter l'opération qui nous occupe. Chaque chirurgien a voulu avoir le sien. — Tous les procédés se rattachent à deux classes; dans la première se rangent les procédés dits *par dissection ;* à la seconde appartient la section sous-conjonctivale.

I. *Procédés par dissection.* — Tous les procédés connus ont eu pour point de départ, la méthode suivante proposée par M. Stromeyer, et connue en France par la traduction que M. Cunier en a donnée dans le n° du 15 octobre 1839, de ses *Annales d'Oculistique* (tome II, p. 54) :

1) *Procédé de Stromeyer.*—Des essais tentés sur le cadavre portent M. le professeur Stromeyer à recommander le procédé opératoire suivant contre le strabisme de nature spasmodique :

« On fait fermer l'œil sain, et on recommande au malade de porter l'œil affecté le plus possible en dehors de la direction vicieuse qu'il occupe. Si le strabisme a lieu en dedans, on enfonce alors dans le bord interne de la conjonctive oculaire une airigne fine que l'on confie à un aide intelligent qui s'en sert pour tirer l'œil en dehors. La conjonctive ayant été soulevée à l'aide d'une pince, on la divise au moyen d'un couteau à cataracte par une incision pratiquée dans le canthe interne. La traction en dehors est augmentée jusqu'à ce qu'apparaisse le muscle droit interne ; un stylet fin est passé sous ce dernier, que l'on divise à l'aide de ciseaux courbes, ou avec le couteau qui a servi à ouvrir la conjonctive. Aussitôt après l'opération, on fait pratiquer des fomen-

tations froides et on administre une potion opiacée. Il faut avoir soin de continuer pendant quelque temps à tenir l'œil sain fermé, afin que l'exercice ait le temps de rétablir le mouvement normal de l'œil opéré. La pratique orthopédique prouve qu'il suffit de diviser un muscle pour faire cesser le spasme dont il était affecté et le rendre apte à reprendre ses fonctions ; quant à l'opération qui vient d'être décrite, elle ne saurait être plus dangereuse que la plupart des extirpations des tumeurs enkystées, qui compromettent fort rarement l'œil. » (*Beiträge zur Operat. Orthopädie. et Sach's central Zeitung*, 1839).

Tous les procédés dont l'exposition va suivre, ne sont que des modifications de celui de Stromeyer. Il a longtemps été suivi par M. Cunier, qui décrit ainsi sa manière d'agir :

2) *Procédé de M. Cunier.* — « Le malade, dont l'œil sain est recouvert d'un bandeau, est assis sur une chaise, en face de l'opérateur, qui s'assied aussi; après avoir appliqué l'élévateur de Pellier ou le spéculum de Lusardi, un crochet mousse est mis à cheval sur le bord palpébral inférieur, dans l'angle où existe le strabisme; un pareil crochet est appliqué à la paupière supérieure, si l'écartement n'est pas suffisant. On recommande au louche de regarder dans la direction opposée à celle qu'occupe l'œil, et saisissant un moment propice, l'opérateur implante dans la conjonctive, à deux ou trois lignes du bord cornéen, une airigne double, dont les branches sont écartées de trois à quatre lignes, et que l'on fait pénétrer dans le tissu cellulaire et la sclérotique. Une fois cette airigne fixée, elle est confiée à un aide qui s'en sert pour tirer l'œil

en dehors de la position vicieuse; sa traction doit être lente et directe. L'opérateur saisit alors la conjonctive, à quatre ou six lignes de la cornée, selon le volume de l'œil; avec un petit bistouri, il incise la membrane qu'il tient soulevée, et donne à la plaie qu'il produit la forme d'une demi-lúne qui embrasse de plus de deux lignes en bas et en haut l'étendue du muscle; la dissection du lambeau étant pratiquée, et poursuivie d'une ou deux lignes vers la direction vicieuse, le sang enlevé le plus complétement possible, l'aide qui tient l'érigne augmente la traction et fait apparaître le muscle, sous lequel est passée la branche boutonnée de ciseaux ophthalmiques courbes sur le plat, au moyen desquels on opère la division. (*Ann. d'Oculist.* juin 1840. Phillips, l. cit. p. 29.)

M. Cunier n'a pas tardé à abandonner ce procédé, pour suivre une conduite analogue à celle de M. Phillips; mais un aide lui a toujours suffi, avec son spéculum, dont il a cessé de faire usage, pour se servir de celui de Kelley-Snowden. Il a ajouté récemment à ce procédé la suture de la plaie conjonctivale. L'extrait suivant d'un travail de M. Fleussu, inséré dans les *Annales de la Société des Sciences médicales et naturelles de Malines* (1841), donnera une juste idée de ce complément opératoire :

« Une imperfection assez fréquente de la strabotomie, dit M. Fleussu, consiste dans un enfoncement plus ou moins marqué de la caroncule lacrymale; n'étant plus retenue par la conjonctive verticalement coupée à la partie interne de l'œil, elle fuit dans la profondeur de l'angle formé par la convexité du globe oculaire et la paroi interne de l'orbite; il en résulte une excavation disgracieuse qui fait ressortir encore davantage la saillie

du globe de l'œil que l'on remarque parfois après l'opération.

« MM. Amussat et L. Boyer ont reconnu, ce que tout le monde sait du reste, que cette tendance de la caroncule lacrymale à s'enfoncer, est en général d'autant plus prononcée que l'incision a été faite plus près d'elle, plus étendue et surtout que la partie moyenne est plus exactement en rapport avec le diamètre transversal de l'œil ; l'incision conjonctivale fait alors l'effet d'une boutonnière, plus large en son centre, et la caroncule fixée au milieu de la lèvre interne n'étant plus soutenue, s'applique contre la partie interne de l'orbite ; l'intervalle des lèvres est bientôt rempli par du tissu inodulaire.

« M. le docteur Phillips a proposé dans son nouvel ouvrage (De la ténotomie sous-cutanée, page 275), de rendre cette difformité moins apparente en en produisant une semblable sur l'œil non opéré, dont il divise verticalement la conjonctive près de la caroncule. Je ne pense pas que ce soit sérieusement que ce chirurgien rapporte avoir tenu cette conduite.

« M. Cunier obvie à l'inconvénient signalé plus haut, en réunissant aussitôt l'opération terminée, les deux bords de la plaie par un point de suture placé à son centre et qu'il enlève le lendemain ou le surlendemain. J'ai vu retirer de si beaux résultats de cette conduite que je ne saurais trop la recommander.

« Cette suture est pratiquée au moyen d'une aiguille courbe très-fine passée à travers la partie moyenne des deux lambaux soulevés avec des airignes ; le fil ne doit pas être ciré. Le séjour de ce dernier entre les paupières n'a été dans aucun cas la cause du moindre désagrément ; aucun opéré ne s'est ressenti en bien ou en mal de sa présence.

« Il faut éviter de produire un affrontement exact des

bords de l'incision conjonctivale; cette conduite pouvant, ainsi que nous l'avons vu, faire persister la déviation par le seul fait que l'allongement de la conjonctive oculaire est souvent presque aussi nécessaire que la section musculaire elle-même.

« Pour éviter la chute de la caroncule, M. Boyer agit de la manière suivante : On forme avec deux pinces un pli vertical à la conjonctive, saisie un peu au-dessus du muscle ; on divise ce pli avec les ciseaux horizontalement et de dehors en dedans, en ayant soin de tenir l'extrémité de l'incision écartée de la caroncule. Saisissant alors avec une pince la couche celluleuse, il la soulève et la divise d'un coup de ciseaux donné en emporte-pièce. L'extrémité d'un crochet mousse à deux branches est alors introduite entre la sclérotique et le muscle; celui-ci est ramené au niveau de la plaie dont la lèvre inférieure est tenue abaissée, puis la section en est faite.

« M. Boyer cherche ainsi à respecter le pli semi-lunaire et l'angle de réflexion de la conjonctive, afin que la caroncule reste en place. Mais son procédé est d'une exécution difficile; il faudra souvent une seconde incision au-dessus du muscle à cause des infiltrations de sang et de larmes qui se manifesteront dans presque tous les cas; il serait d'ailleurs impossible sans cette seconde incision d'atteindre assez complétement la membrane fibreuse et les adjacences aponévrotiques, ce qui constituerait fort fréquemment, pour ne pas dire presque toujours, une cause de non réussite. La méthode de M. Cunier permet au contraire de débrider largement, ce qui est indispensable dans la grande majorité des cas; et pour arriver à ce but par le procédé de M. Boyer on devrait souvent établir des incisions perpendiculaires à celles pratiquées au-dessus

et au-dessous du muscle, laissant une languette de conjonctive destinée à retenir la caroncule.

« N'est-ce point là compliquer à plaisir une manœuvre opératoire ?

« Plusieurs opérateurs, M. Phillips entre autres (ouvrage cité, p. 324) ont vu fréquemment les yeux dirigés après l'opération dans un sens opposé au strabisme qu'ils voulaient guérir. La suture conjonctivale leur fournira les moyens de remédier au mal qu'ils produisent. »

3) *Procédé de M. Dieffenbach*. Nous transcrivons les détails suivants de la brochure de M. le docteur Verhaeghe, qui a lui-même été opéré par le chirurgien de Berlin, et qui dit lui avoir vu faire plus de 200 opérations de ce genre.

« Voici l'exposé du procédé auquel Dieffenbach s'est arrêté et qui lui a procuré de si brillants résultats :

« L'appareil instrumental est très-simple, un élévateur de Pellier, un crochet double, mousse, supporté par une tige simple, pour abaisser la paupière inférieure, deux petits crochets aigus pour accrocher la conjonctive, une paire de ciseaux courbes sur le plat pour faire l'incision de la conjonctive, un crochet mousse simple pour glisser au-dessous du muscle que l'on coupe avec les mêmes ciseaux courbés qui ont servi à faire la section de la conjonctive. Dans la boîte à opération se trouve encore un petit crochet aigu double que l'opérateur réserve pour les cas où, comme dans l'essai de M. Pauli, l'œil se tournerait convulsivement en dedans, et provoquerait, par ce mouvement, la déchirure de la conjonctive saisie ; dans ces circonstances il implante ce crochet dans la sclérotique, et se rend ainsi maître de l'œil. Une éponge et de l'eau froide complètent l'appareil.

« Deux aides suffisent à la rigueur quand on fait l'opération sur un adulte ; quand c'est un enfant, ou un individu des mouvements duquel on n'est pas sûr, il en faut plus de deux, mais ils peuvent être étrangers à l'art.

« Le malade est placé, comme dans l'opération de la cataracte, sur une chaise, vis-à-vis d'une fenêtre bien éclairée ; l'opérateur, sur une autre chaise un peu plus élevée, au-devant du malade et un peu de côté, pour ne pas se trouver dans son propre jour. Un des aides se tient derrière le malade et fixe la tête de celui-ci contre sa poitrine, afin qu'elle y trouve un point d'appui ; l'autre au-devant de lui, à côté et à droite de l'opérateur. Je suppose que ce soit l'œil droit qui louche, c'est sur lui que l'opération est la plus simple. Le chirurgien place l'élévateur de Pellier sous la paupière supérieure et le donne à tenir à l'aide situé derrière le malade ; celui-là le prend de la main droite ; l'abaisseur de la paupière inférieure est tenu par l'autre aide, qui s'assure en même temps des mains du malade. Ensuite l'opérateur lui ordonne de porter son œil en dehors (pour faciliter ce mouvement, il ferme ou fait fermer l'œil sain), et implante un petit crochet aigu dans la conjonctive près de la caroncule lacrymale. Quand l'œil reste convulsivement tourné dans l'angle interne, ce qui arrive assez souvent, l'opérateur prend le crochet de la main gauche, le glisse à plat sur le globe oculaire vers l'angle interne au-dessous les paupières ; après l'y avoir enfoncé à distance convenable, il imprime un léger mouvement au manche, de manière à incliner la pointe du crochet en arrière, puis, saisissant la conjonctive, il peut alors tirer l'œil en dehors. Ce crochet est tenu par la main gauche de l'aide situé derrière le malade. Le chirurgien implante ensuite son second crochet dans

la conjonctive plus près de la cornée, à la distance de 1 ligne et 1/2 de celle-ci, et le tient lui-même de la main gauche. La conjonctive étant alors soulevée par les deux crochets en forme de pli, l'opérateur, armé des ciseaux courbes, y fait une section, et continue à donner de petits coups de ciseaux jusqu'à ce que le muscle soit à nu, en même temps qu'avec le crochet tenu de la main gauche il porte l'œil un peu plus en dehors. Il dépose alors les ciseaux, prend le crochet mousse, et le glisse entre la sclérotique et le muscle; il dégage ensuite son crochet aigu qui devient inutile, et prend le crochet mousse de la main gauche devenue libre. Pour finir l'opération, il ne s'agit plus que de couper le muscle sur le crochet mousse, ce qui se fait avec les mêmes ciseaux qui ont déjà été employés. Au même instant, l'œil, comme délivré du lien qui le tenait enchaîné, se met dans sa position normale. On fait ensuite quelques lotions d'eau froide pour enlever le sang, et on fait ouvrir au malade les deux yeux pour s'assurer s'ils sont en parallélisme.

« Si l'œil gauche est affecté de strabisme, le procédé n'est que légèrement modifié et l'opération peut se faire également de la main droite. L'aide situé derrière le malade tient l'élévateur de la main gauche et le crochet de la droite; l'opérateur passe alors son bras gauche transversalement au-devant du front, prend un point d'appui sur lui, et de la main courbée tient le crochet qui doit porter l'œil en dehors. » (Verhaeghe, *Du strabisme*, 1841, p. 41.)

4). *Procédé de M. Phillips*. M. Phillips a modifié (loc. cit. p. 245) comme suit le procédé de M. Dieffenbach. « On fait asseoir le malade sur une chaise; un aide se place derrière, afin de relever la paupière et de maintenir contre sa poitrine la tête de l'opéré. Un second

aide se place devant le malade afin d'abaisser la paupière inférieure, et un troisième aide, placé à côté de l'opérateur, lui donne et reprend les instruments à mesure qu'il s'en est servi. L'opérateur se place debout en face du patient; il introduit sous la paupière supérieure l'élévateur, qu'il confie à l'aide placé derrière le malade. Il pose l'abaisseur sur la paupière inférieure, et il le donne à l'aide placé devant le malade. Les paupières sont ainsi largement écartées. Les aides chargés de cet écartement doivent donner toute leur attention à la fonction dont ils sont chargés, car, s'ils abandonnent l'une ou l'autre paupière, ils peuvent compromettre toute l'opération. Le chirurgien accroche la conjonctive avec ses deux petites érignes, qu'il place entre la caroncule lacrymale et le globe (?) de l'œil; il en confie une à l'aide placé derrière et il garde l'autre. Il coupe en travers le lambeau de membrane muqueuse qui a été soulevé, et, pénétrant dans l'orbite par cette ouverture, il introduit le crochet mousse pour aller à la recherche du muscle contracté. Cette manœuvre est exécutée avec facilité; il suffit de placer le crochet sur le bord supérieur du muscle, et de tirer un peu en avant pour charger le muscle et le rendre saillant sur le crochet. C'est alors qu'il faut achever la dissection du muscle pour l'isoler entièrement; l'extrémité des ciseaux est portée entre le muscle et le globe de l'œil afin de détruire toutes les adhérences, et ensuite le muscle est coupé en travers. L'œil fait un mouvement en dehors, et l'opération est achevée en réséquant l'attache tendineuse du muscle qui vient d'être divisé. Tels sont les temps principaux de cette opération; cependant il est nécessaire de faire une exploration dans l'orbite avant d'abandonner le malade. » (Phillips, de la ténot. p. 248.)

5) *Procédé de M. Velpeau.*—Nous décrivons ici celui

que ce chirurgien a définitivement adopté. « Les deux paupières étant préalablement écartées, soit avec un dilatateur des deux paupières (blaphareirgon), soit avec un élévateur et un abaisseur ordinaires, le chirurgien saisit du même coup avec une pince à griffes la conjonctive et le muscle rétracté près de l'attache de celui-ci à la sclérotique; une seconde pince à griffes est ensuite appliquée sur la conjonctive, près de la cornée, et confiée à un aide. Une traction légère et en sens opposé de ces deux instruments donne lieu à un repli de la muqueuse oculaire. C'est sur ce point qu'avec des ciseaux droits et mousses le chirurgien divise et la conjonctive et la portion du muscle saisi par la première pince. Cela fait, pour bien s'assurer que la division est complète et qu'il ne reste aucune fibre capable de reproduire la difformité, il passe dans le fond de la plaie un crochet mousse semblable à celui de M. Phillips; et si cet instrument ramène une portion du muscle non divisé, il la sépare avec les ciseaux. » (*Gaz. des Hôpit.* 1841, p. 32.)

6.) *Procédé de M. Baudens.*—« Le strabique est assis sur un tabouret en face d'une fenêtre, ses paupières tenues écartées avec l'élévateur de Pellier et avec l'abaisseur de M. Charrière; nous enfonçons, dit l'auteur, d'un coup sec une airigne à crochet unique, mais fort, dans l'angle de réflexion oculo-palpébrale de la conjonctive, et un peu au-dessus du diamètre transversal de l'œil, si, comme dans ce cas, il s'agit d'un strabisme convergent, pour saisir l'attache musculaire, et, prenant sur elle un point, nous faisons effort comme pour redresser l'œil. Par cette manœuvre se dessine en un relief bien senti et traduisant une véritable corde le muscle strabique; nous passons sous lui, sans toutefois chercher à l'embrasser en entier, un petit bistouri à double courbure sur le plat de la lame et large à son talon : à double courbure, pour

éloigner la pointe du globe de l'œil à mesure qu'il chemine; large à son talon, pour que l'incision des parties à diviser soit presque accomplie au moment où la lame de l'instrument est arrivée au bout de sa course. Dans ce premier temps opératoire, la gaîne est ouverte, et une partie du muscle lui-même a été coupée; nous engageons alors sous ce dernier notre crochet-bistouri pour le soulever et le couper d'un seul coup de ciseaux. L'aponévrose d'enveloppe oculaire est ensuite débridée plus ou moins largement, selon les indications, haut et bas; nous faisons effort de nouveau sur l'airigne pour soulever la greffe musculaire adhérente au globe, et d'un seul coup de ciseaux nous enlevons en entier cette greffe, ainsi qu'un lambeau conjonctival, afin de bien nettoyer la plaie et de ne pas laisser de mâchures. » (Baudens, *loc. cit.*, p. 24.)

7.) *Procédé de M. Sédillot.*—1° Le malade doit être assis ou couché; mais cette dernière position est préférable en ce qu'elle permet de maintenir la tête mieux fixée, en l'appuyant contre les matelas ou un oreiller; on évite ainsi tout mouvement involontaire.

2° Les paupières sont écartées, la supérieure par l'élévateur de Pellier, l'inférieure par l'abaisseur de M. Charrière.

3° L'opérateur s'occupe alors de fixer le globe de l'œil en implantant dans la sclérotique une airigne, à deux ou trois branches, capable de porter l'œil en dehors et d'en prévenir tout mouvement de rotation : ce temps de l'opération est assez délicat et doit être bien exécuté. Si l'on ne saisit que la conjonctive, l'œil reste mobile au-dessous d'elle, se porte en tous sens, se dirige en dedans, quelque recommandation que l'on fasse au malade, et le chirurgien peut être obligé de suspendre l'opération. Il faut donc porter l'airigne dans la sclérotique et à quel-

que distance de la cornée : pour cela, on engage le malade à regarder en dehors; et dès que l'œil est suffisamment dirigé dans ce sens, on implante vivement l'airigne. Si cet instrument était à une seule branche, il empêcherait l'œil de se renverser en dedans, mais n'en préviendrait pas la rotation; ce qui est cependant nécessaire pour que l'opérateur ne soit pas trompé sur la position du muscle qu'il veut diviser, et qu'il puisse en compléter la section. Lorsque les branches de l'airigne sont trop recourbées, elles n'atteignent que la conjonctive; ce qu'il faut éviter : et l'on doit craindre également de la faire pénétrer trop profondément dans le globe de l'œil. A cet effet j'ai fait construire, par M. Charrière, une petite airigne à trois branches disposées de manière à s'accommoder à une surface arrondie, peu courbées sur elles-mêmes, parfaitement effilées, et renflées à deux millimètres de leur pointe, comme la pique de Pamart.

Cette modification, dont M. Bégin m'a donné l'idée, empêche l'airigne de pénétrer au-delà de la sclérotique, et augmente l'assurance de l'opérateur. Aussitôt que l'airigne est fixée, on la donne à un aide chargé de porter l'œil du côté opposé à la section musculaire, et on procède à l'incision de la conjonctive.

4° Cette membrane saisie avec la pince carrée de M. Lucas, celle à larges mors de M. Guérin, ou des pinces ordinaires, est divisée perpendiculairement à la direction du muscle, légèrement renversée de chaque côté ou d'un seul coup; et lorsque le sang qui coule assez abondamment pour masquer la plaie a été épongé, on s'occupe de la section musculaire.

5° Plusieurs instruments ont été inventés pour l'exécution de ce dernier temps opératoire.

On peut se servir de la petite spatule de M. Dieffenbach cannelée par M. Roux, et sur laquelle on glisse la

pointe des ciseaux courbes, ou celle d'un bistouri, de dimensions appropriées.

M. Dieffenbach a également employé un bistouri boutonné, représentant un petit bistouri courbe de Pott; et M. Doubowtiski l'a modifié en faisant aplatir le bouton, qui glisse plus facilement au-dessous du muscle et précède la lame destinée à l'inciser. Le même opérateur a imaginé une espèce de bistouri caché, assez semblable au lithotome du frère Côme; mais cet instrument a l'inconvénient de mal couper les parties, sur lesquelles il agit plutôt en pressant qu'en sciant. Aussi, pour les muscles droits, la spatule de M. Roux nous semble-t-elle encore préférable.

Pour couper les muscles obliques, j'ai fait construire un ténotome fortement coudé et aplati en bouton à son extrémité, propre à suivre la paroi inférieure ou interne de l'orbite et à saisir soit le corps du petit oblique, soit le tendon réfléchi du grand. Le premier, qui vient s'insérer près de la gouttière lacrymale, est très-facile à atteindre d'arrière en avant; mais la section du grand oblique est beaucoup moins aisée. Le tendon s'engage très-profondément dans l'orbite, et la poulie dans laquelle il se réfléchit d'avant en arrière n'est pas très-saillante. Si l'instrument est porté trop haut, il peut léser les branches du nerf frontal et même le nasal, et trop bas il manque le but proposé. Il serait à craindre en outre de ne pouvoir couper le tendon avec un bistouri droit, tandis qu'avec notre ténotome recourbé on parvient sans danger derrière lui, immédiatement au niveau de sa poulie, et en faisant glisser l'instrument derrière le muscle on le divise en retirant le ténotome à soi.

M. Phillips a fait remarquer que la section du grand oblique diminuait la myopie et l'a proposée comme un

remède à essayer dans ce cas, mais c'est évidemment là une opinion à vérifier.

6° Aussitôt que le muscle que l'on cherchait à couper a été divisé, l'œil doit être immédiatement entraîné dans le sens contraire; il n'y a d'exception à cette règle que pour le muscle droit interne, dont l'action adductrice est partagée par les muscles grand et petit obliques : autrement on doit craindre de n'avoir pas incisé la totalité du muscle. (*Gaz. des Hôp.*, 2e série, t. III, n° 109, p. 434.)

8) *Procédé de M. Desmarres, chef de clinique de M. Sichel.*—« M. Desmarres n'a besoin que de trois instruments : 1° une petite airigne de Richter montée sur un manche fermant, 2° une petite paire de ciseaux très-courbes sur le plat, 3° un crochet à extrémité mousse et très-aplatie, destiné à soulever le muscle et fermant comme l'érigne; il n'emploie pas d'aides, ou n'en emploie qu'un au plus.

« *Premier temps.* Le malade assis sur une chaise, la tête appuiée contre un corps dur, tourne l'œil en haut et abaisse lui-même, s'il n'est pas trop pusillanime (autrement il faudrait le concours d'un seul aide), sa paupière inférieure au moyen de son index. L'opérateur debout en face du malade, la jambe droite placée entre les siennes, accroche, avec l'airigne tenue de la main gauche, la conjonctive oculaire un peu plus bas que l'insertion du muscle, à environ 2 millimètres en dehors de la membrane semi-lunaire; alors la conjonctive soulevée est trouée d'un coup de ciseaux dans une très-petite étendue : on fait glisser à plat, à travers cette petite ouverture, la branche inférieure des ciseaux jusqu'au-dessus de l'insertion présumée du muscle, et on incise la muqueuse dans une étendue convenable. On fait laver l'œil au malade.

« *Second temps*. Lorsque le sang est arrêté on soulève avec le pouce de la main droite la paupière supérieure, et on recommande au malade de regarder droit devant lui pour que le muscle soit dans le plus grand relâchement possible ; on fait glisser alors doucement et avec précaution, de haut en bas, le crochet aplati tenu entre le pouce et l'index de la main gauche ; la main droite saisit les ciseaux, dirige leur convexité du côté du nez, introduit l'une des branches sur l'extrémité du crochet et divise le muscle d'un seul coup. Il ne reste qu'à vérifier le résultat de l'opération. » *Gaz. des Hôp.*, 2e sér., t. III, no 53, p. 212.)

9. *Procédé de M. Ferrall*. « Le patient est placé sur un sopha, l'œil tourné du côté de la lumière. Un aide relève la paupière supérieure à l'aide d'un spéculum ; un autre aide abaisse la paupière inférieure avec ses doigts. La caroncule lacrymale est poussée en dedans avec une très-petite airigne double. Aucun moyen n'est employé pour tirer l'œil en dehors. L'opérateur saisit alors, avec des pinces, un petit point de la conjonctive, à quelques lignes de la cornée, la relève et la divise d'un seul coup avec de petits ciseaux angulaires : c'est là le premier temps de l'opération. On ôte alors les instruments, et on laisse l'œil se reposer. Après quelques secondes, on écarte de nouveau les paupières, on engage une petite airigne mousse entre les lèvres de la petite plaie de la conjonctive, et on accroche par là le tendon du muscle : c'est le second temps de l'opération. Alors une lame de ciseaux angulaires est glissée sous le muscle pour le couper à l'endroit de son adhérence à la sclérotique. » (Gairal, *Du strabisme*, 1840, p. 45.)

10. *Procédé de M. Lucas*. « Ce chirurgien saisit la conjonctive avec une pince carrée, et l'incise de bas en haut avec un couteau à cataracte ; puis il va, à travers cette

incision, accrocher la sclérotique avec une airigne double pour fixer l'œil ; ensuite il fait passer au-dessous des muscles un petit stylet qu'il rapproche le plus possible de l'insertion du tendon, qu'il divise avec des ciseaux courbes. » (Dufresse, Traité du Strab., 1841, p. 46.)

14. *Procédé de M. Liston.* « Ce chirurgien opère avec un seul aide. La paupière supérieure étant relevée par un aide, l'opérateur abaisse l'inférieure, fait saillir le pli oculo-palpébral, le saisit vers l'angle interne ou externe avec une pince plate, à ressort et à pression, qui, abandonnée à elle-même, maintient par son poids le renversement de la paupière. L'œil est ainsi mis à nu dans l'angle que l'on veut opérer. » (Phillips, *loco cit.*, p. 224 qui a copié M. Cunier, *Ann. d'Oc.* IV, p. 28.)

II. *Myotomie sous-conjonctivale.* — L'extrait suivant d'une communication adressée à l'Académie des Sciences de Paris, (séance du 18 octobre), consigné dans la *Gazette médicale* de Paris (1841, n° 43) donnera la plus juste idée de la méthode de M. Guérin, que nous laissons parler :

« Le mémoire que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie est trop étendu pour que je puisse en donner une lecture complète. Les développements dans lesquels j'ai été obligé d'entrer sur l'anatomie des enveloppes et des muscles de l'œil et sur la physiologie de ses mouvements ; les descriptions des instruments et des procédés que j'emploie, ne sont pas de nature à être exposés dans cette enceinte. Je me bornerai donc à donner une idée aussi succincte que possible de la méthode sous-conjonctivale, des principes sur lesquels elle repose, des procédés qui lui sont propres, des résultats qu'elle produit et des avantages qu'elle offre, comparativement aux autres méthodes de myotomie oculaire.

« La méthode sous-conjonctivale consiste à faire la section des muscles de l'œil sous les enveloppes fibreuses et muqueuses qui les recouvrent. Cette méthode n'est pas seulement caractérisée par des particularités d'exécution manuelle, mais elle repose sur des principes essentiels ; elle a un but, elle emploie des moyens, elle produit des résultats qui lui sont propres. C'est une application de la méthode générale que j'ai fait connaître sous la dénomination de méthode sous-cutanée. Bien que les muscles de l'œil ne soient pas en réalité placés sous la peau, ni atteints en traversant cette dernière, ils sont logés sous des téguments, et la méthode sous-conjonctivale va les diviser avec les conditions et suivant les principes de la méthode sous-cutanée. Or, son but est de soustraire la plaie au contact de l'air ; ses moyens consistent à faire de petites ouvertures au fascia sous-conjonctival, ou au moins des ouvertures extérieures qui ne correspondent pas, après l'opération, aux plaies musculaires, plus profondément situées. Enfin, ses résultats sont d'affranchir la plaie de tout travail d'inflammation suppurative, et de lui procurer, comme à toutes les plaies sous-cutanées, le bénéfice de l'organisation immédiate.

« Dans cette vue, j'ai imaginé deux procédés :

« Le premier, ou procédé par *dissection*, consiste à détacher, à l'aide d'une petite incision, la conjonctive et le fascia sous-conjonctival, le plus près possible de leur insertion oculaire, dans une étendue suffisante pour découvrir le muscle à diviser. Celui-ci étant mis à nu au moyen du renversement de la portion détachée du fascia, on le soulève sur une des branches mousses de ciseaux courbes, ou sur un crochet mousse, et l'on en fait la division dans un point plus ou moins éloigné de son insertion oculaire. Cette section opérée, la portion

ques de l'œil avec ses muscles et ses enveloppes, ce qui la conduit à une exécution plus prompte et plus régulière. Sur nos 92 cas, la durée moyenne de chaque opération n'a pas dépassé deux minutes, tandis que, dans un grand nombre d'opérations pratiquées par d'autres méthodes, cette durée a été fréquemment de huit à dix minutes, et même d'un quart d'heure. Cette différence tient surtout à la connaissance précise de l'espace occupé par le tiers antérieur de chaque muscle droit, espace auquel j'ai donné le nom de *loge musculaire*.

« 1° L'opération est moins pénible, moins douloureuse, car elle substitue à une large ouverture, à une dissection étendue du fascia de l'œil, une simple ouverture, et, dans les cas les plus rares, une petite plaie linéaire.

« 2° La méthode sous-conjonctivale ne donne jamais lieu au moindre accident inflammatoire, et permet généralement, dès le troisième jour, l'exercice de la vision au moyen de lunettes. Par les méthodes ordinaires, il n'est pas rare de voir se développer des accidents inflammatoires plus ou moins graves, nécessitant des traitements antiphlogistiques longs et énergiques, qui n'ont pas toujours empêché la suppuration et même la perte entière de l'œil (1).

---

(1) De semblables accidents ont été observés à Londres, à Paris, à Berlin, (dans la pratique de M. Dieffenbach). etc. — M. Cunier n'a rien vu de semblable sur plus de 1400 opérations qu'il a pratiquées ; aussi nous est-il impossible de nous rendre compte de ce qui s'est passé ailleurs. Jamais nous n'avons noté le moindre accident inflammatoire. Cela tient-il à la manière d'opérer? Cela doit avoir une cause... Nous voyons ici M. Guérin signaler comme un des avantages de sa méth[illegible] qu'elle permet généralement dès le 3e jour l'exercic[illegible]ion a[illegible] de lunettes. » Mais nous

« II. *Avantages consécutifs.*—Les avantages consécutifs de la méthode sous-conjonctivale sont plus faciles encore à constater, car ils peuvent être observés en tout temps, chez tous les sujets opérés par cette méthode, comparativement avec ceux qui l'ont été par les autres méthodes. Ces avantages peuvent être rapportés à cinq principaux :

« 1° Par les méthodes ordinaires, la cicatrisation de la plaie est longue (!) et presque toujours traversée par la production de petites excroissances muqueuses qu'il faut exciser pendant plusieurs mois (1). Par la méthode sous-conjonctivale, au contraire, la cicatrisation est immédiate, et elle n'a pas offert ces productions dans les neuf dixièmes des cas.

« 2° Chez les sujets opérés par les méthodes ordinaires, la caroncule est plus ou moins complétement détruite (?), l'angle interne de l'œil déprimé, excavé ; l'œil paraît plus ouvert par suite de cette destruction. Chez les sujets opérés par la méthode sous-conjonctivale, la caroncule est parfaitement conservée; l'angle interne de l'œil reste ce qu'il était avant l'opération, et l'on n'aperçoit aucune dépression, aucune trace quelconque de la cicatrice.

« 3° Chez les sujets opérés par les méthodes ordinaires, il y a presque toujours une saillie plus ou moins prononcée de l'œil opéré; cette exophthalmie fait un contraste désagréable avec l'œil sain. Cela tient à la dissection large des enveloppes fibreuses de l'œil et à son déchaussement pour aller à la découverte du muscle. Chez les

---

avons toujours vu cet exercice se faire dès le deuxième jour, et presque constamment sans lunettes : nous n'avons pourtant pas fait connaissance avec les accidents inflammatoires.

(1) Pendant plusieurs mois.... Voilà ce que nous n'avons pas encore vu.

opérés par la méthode sous-conjonctivale, il est extrêmement rare de rencontrer cette différence de saillie des yeux, parce que, en effet, elle conserve les liens de l'œil, qu'il n'est pas nécessaire de diviser.

« 4° Chez les opérés par les méthodes ordinaires, il est très-commun d'observer l'abolition partielle et même totale du mouvement de l'œil dans le sens du muscle divisé, ce qui fait que, lorsque le sujet regarde de côté, l'œil opéré reste fixe ou à peu près, tandis que l'œil sain prend la direction qui lui est imprimée par la volonté. Cette circonstance donne au regard des sujets quelque chose d'étrange, d'hébêté, et l'apparence d'un strabisme tout particulier pendant les mouvements latéraux des yeux. Cette grave imperfection, que je n'ai pas constatée deux fois sur cent par la méthode sous-conjonctivale, tient exactement à la manière différente de procéder des deux méthodes. Les méthodes ordinaires professent qu'il faut éviter la réunion des deux bouts du muscle divisé, dans la crainte des récidives; plusieurs ont même établi en principe la nécessité d'exciser une portion du muscle. Ce principe et cette pratique ont pour effet de faire cicatriser et adhérer le bout postérieur du muscle sur un point plus ou moins postérieur du globe oculaire; d'où une perte de mouvement proportionnelle à la réduction de longueur du muscle opéré et au raccourcissement de l'arc de cercle qu'il peut faire décrire à l'œil en se contractant. Il arrive encore, ainsi que nous l'avons constaté, même alors qu'on n'avait pas pratiqué l'excision d'une portion du muscle, que le bout postérieur ne se soude pas au globe oculaire, mais reste adhérent au fascia, ou se retire dans sa gaîne; et il en résulte une perte à peu près complète du mouvement dans le sens du muscle opéré. La méthode sous-conjonctivale a pour principe, au contraire, de favoriser de tous ses efforts la

réunion des deux bouts du muscle divisé. Ses procédés, en respectant les parties qu'il est inutile de diviser, laissent à la matière de la cicatrice une route facile, une espèce de canal dans lequel le sang et la lymphe plastique, fournis par les deux moignons, vont à la rencontre l'un de l'autre et établissent la continuité du muscle. Les résultats de cette méthode sont d'accord avec ses principes.

« 5° Un dernier inconvénient des méthodes ordinaires, et qui ne le cède en rien aux précédents, est celui-ci : par suite du déchaussement considérable de l'œil, et par suite du défaut de réunion des deux bouts du muscle divisé, l'œil opéré reste plus ou moins dévié en sens contraire de la difformité. Il y a donc presque toujours un certain degré de strabisme consécutif substitué au strabisme qu'on a trop corrigé. Ce défaut, que j'ai rencontré chez la grande majorité des opérés par les méthodes ordinaires, est masqué au premier abord par une apparence de redressement passager dont il importe de bien connaître le mécanisme. Ces méthodes n'opèrent ordinairement qu'un œil à la fois, bien que les deux yeux soient généralement atteints, à des degrés différents, de la difformité. Le résultat de l'opération est de produire du côté opéré un excès de redressement, tandis que, du côté non opéré, il reste un certain degré de déviation. Ce qui manque d'un côté équivaut, en quelque façon, à ce qu'il y a de trop de l'autre. En effet, comme, dans le regard attentif, les deux yeux se dirigent vers l'objet regardé, l'œil opéré et trop divergent parcourt, en se portant en dedans pour se redresser, un arc de cercle égal à celui que parcourt, en se portant en dehors, l'œil qui n'a pas été opéré, et qui reste atteint d'un certain degré de convergence. Le premier cède ainsi au second ce qui lui manque, et les deux yeux paraissent parfaitement re-

dressés pendant le regard actif. Mais si on les observe quand le sujet ne regarde pas, lorsqu'il est distrait, on s'aperçoit aisément que les deux yeux sont déviés d'une certaine quantité : l'œil opéré un peu en dehors, l'œil non opéré un peu en dedans. Les sujets ont toujours l'air de regarder de côté. Aucun des opérés par la méthode sous-conjonctivale n'a offert cet inconvénient.

« Ainsi, sous le rapport de la durée de la cicatrisation, des traces de l'opération, de la dimension et de la saillie des yeux, de leurs mouvements et de leur direction, la méthode sous-conjonctivale ne donne lieu à aucun des accidents que je viens de signaler, et ses résultats sont au contraire empreints de ce degré de perfection que l'on doit toujours chercher à atteindre. Mais ces avantages, est-il vrai qu'elle ne les obtienne qu'au prix d'inconvénients graves ?

« On a dit que cette méthode est d'une exécution difficile, peu sûre, dangereuse même, et qu'elle favorise les récidives.

« Nous allons répondre en peu de mots à chacune de ces allégations.

« La difficulté de l'opération ne pourrait être invoquée comme une objection sérieuse, que si les résultats n'étaient pas constamment supérieurs à ceux d'autres méthodes réputées plus faciles, car on n'a jamais vu considérer dans les arts, et surtout en chirurgie, la difficulté d'une méthode, quand elle est réellement meilleure, comme une raison de lui en préférer d'autres moins bonnes. S'il était vrai, en effet, que la méthode sous-conjonctivale fût d'une exécution plus difficile que les méthodes vulgaires, la facilité de ces dernières entraînerait l'inconvénient grave de favoriser la production de résultats fâcheux, grossiers ou imparfaits. Mais la méthode sous-conjonctivale n'est pas plus difficile que les

autres méthodes : elle exige seulement des connaissances plus rigoureuses, et une plus grande habitude de manier l'instrument, parce qu'elle est plus anatomique, plus délicate et plus précise.

« On a déclaré la méthode sous-conjonctivale peu sûre, et l'on a trouvé le préjugé favorable à cette allégation. On est plus certain, a-t-on dit, de ce qu'on fait, de ce qu'on coupe, en voyant les parties sur lesquelles on opère, que quand on opère sous la peau ou sous les membranes de l'œil; et beaucoup de personnes ont répété cela sans examen ni preuves. Donnons de suite la mesure de ce que vaut cette objection, en disant que sur 92 opérations faites en public (je ne parle pas de celles qui n'ont eu pour témoins que quelques confrères et amis), sur 92 opérations faites à l'hôpital des Enfants, en présence de tous ceux qui ont voulu les voir, il ne m'est pas arrivé une seule fois de ne pas diviser le muscle en totalité. Ce résultat que j'atteste hautement, parce qu'il n'a pas à craindre de contradiction, devrait suffire. Mais on peut aussi aisément s'en rendre raison, qu'il est aisé de le reproduire, en procédant avec les notions et les principes de la méthode. Je l'ai déjà dit, la méthode sous-conjonctivale ne procède pas au hasard, ou à peu près ; elle est guidée par des notions d'anatomie topographique et de rapports d'une grande rigueur. Elle sait qu'à tel point déterminé du fascia sous-conjonctival correspond la loge musculaire ; elle sait que cette loge une fois ouverte, il est impossible de ne pas glisser entre le globe oculaire et le muscle; elle sait que le muscle chargé sur l'instrument résiste, que sa section s'annonce par un bruit de craquement, par la sensation d'une résistance vaincue; elle a en outre un caractère rigoureux s'il en fût, bien plus rigoureux que tous ceux que donne la vue proprement dite; c'est que, lorsque le

muscle est divisé, le mouvement qu'il desservait est aboli, et ce n'est qu'à la condition de cette abolition de mouvement que la méthode sous-conjonctivale regarde la section du muscle comme complète, comme certaine. Je le répète, ce caractère seul donne à la méthode une rigueur de certitude que ne donnerait pas la simple vue; ce qui m'a fait dire avec une apparence paradoxale que je suis plus certain de couper complétement le muscle sous ses membranes qu'à découvert, sans le voir qu'en le voyant : car tous les chirurgiens savent qu'il est fort difficile d'apercevoir au milieu d'une plaie sanglante tous les éléments qu'elle renferme.

« La méthode sous-conjonctivale, au lieu d'être plus dangereuse que les méthodes ordinaires, n'expose pas comme elles, ainsi que nous l'avons déjà dit, aux accidents inflammatoires. Quant aux accidents dont l'exécution opératoire serait susceptible, ils sont complétement chimériques. L'instrument à l'aide duquel la méthode sous-conjonctivale divise le muscle est tout à fait mousse. Le danger viendrait donc de la ponction faite au fascia avec un instrument acéré ; mais ici l'opérateur agit à découvert, comme dans les autres méthodes. La ponction est l'analogue de l'incision commune à toutes ces méthodes; et jusqu'ici il ne nous est pas plus arrivé de blesser l'œil en faisant cette opération, dont le siége et la direction mettent entièrement le globe oculaire à l'abri, qu'il n'est arrivé à personne que je sache d'ouvrir l'œil dans les incisions pratiquées à ses enveloppes fibreuses, par les méthodes ordinaires. Je le répète, jamais en aucun temps, dans aucun cas, la méthode sous-conjonctivale n'a donné lieu au plus petit accident qui dût légitimer l'imputation de dangereuse qu'on a dirigée contre elle.

« Enfin, cette méthode ne favorise pas les récidives. Ré-

pondons d'abord par les faits. Sur 92 opérations que j'ai pratiquées publiquement à l'hôpital des Enfants, il n'y a eu que 6 récidives, ou plutôt 6 guérisons incomplètes, lesquelles ont eu leurs motifs très-rationnels dans certaines conditions spéciales, comme l'âge très-avancé des sujets, le degré extrême de la difformité, etc. Cette proportion de succès immédiats me paraît de nature à justifier la méthode du reproche d'exposer à des récidives; et peut-être que les autres méthodes, si elles réglaient leurs comptes de la même manière, seraient surprises de n'avoir pas des résultats aussi satisfaisants.

Quoi qu'il en soit, je dois immédiatement expliquer comment il se fait qu'en favorisant la réunion des deux bouts du muscle divisé, circonstance que les autres opérations appréhendaient si fort, et regardent sans doute comme le motif *à priori* de leur prévention contre ma méthode, nous n'avons cependant presque jamais eu de récidives dues à l'insuffisance de la cicatrice. Dès le troisième et même le second jour, nous assujétissons l'œil ou les yeux opérés à une position constante ou presque constante qui maintient les deux bouts du muscle divisé dans un écartement tel que le tissu intermédiaire acquiert toute la longueur dont il a besoin. Ce résultat, nous l'avons réalisé par l'usage de lunettes garnies et fermées de manière à intercepter le jour de toutes parts, excepté dans une portion d'un des deux verres, correspondante au côté dans le sens duquel il importe de ramener et de maintenir l'œil dévié. Cette pratique ne nous a jamais fait défaut (1); elle est, à nos

(1) M. Guérin omet de dire que les lunettes qu'il emploie sont celles dont M. Cunier a donné la description et la figure,

yeux, aussi indispensable qu'elle est certaine dans ses résultats ; car, sans son concours, nous aurions à craindre le retour de la difformité, par suite du retrait de la cicatrice ; et avec son concours, nous pouvons profiter en toute sécurité du bénéfice de la réunion des deux bouts musculaires, par la substance intermédiaire de nouvelle formation.

« Tels sont les avantages de la méthode sous-conjonctivale comparée aux méthodes ou procédés ordinaires de myotomie oculaire. J'aurai donné une confirmation irréfragable de ces avantages, en ajoutant que depuis quelques mois déjà plusieurs chirurgiens partisans des méthodes primitives, et assez mal disposés d'abord pour la méthode sous-conjonctivale, ont avoué la plupart des imperfections que nous avons signalées dans les résultats de leur pratique, et se sont insensiblement rapprochés de nos principes et de notre manuel opératoire. Il faut bien le reconnaître toutefois, en perfectionnant graduellement leurs méthodes, ils n'ont pas eu du tout en vue d'imiter la nôtre ; car ils n'en ont pas dit mot. Mais, s'ils n'ont pas cru sincèrement se rapprocher de la méthode sous-conjonctivale, celle-ci n'en est pas moins flattée et ne leur doit pas moins de reconnaissance pour le pas qu'ils ont fait instinctivement vers elle. »

C. *Guérison du strabisme d'un léger degré, sans division musculaire.* — L'analyse suivante

---

dans ses *Annales d'Oculistique* (septembre et octobre 1840). C'est à M. Cunier que revient incontestablement d'avoir montré combien il était indispensable, dans la majorité des cas, de recourir à l'exercice orthophthalmique.

d'un travail publié sous ce titre par M. Dieffenbach dans la *Casper's Wochenschrift* (1841, n° 36, *Gaz. méd.*) nous a paru trouver sa place ici.

Lorsque le strabisme n'est pas très-prononcé, il se peut que, par la division d'un muscle, l'œil soit porté en sens inverse par le muscle antagoniste, et que par exemple un strabisme interne faible devienne par l'opération un strabisme externe; pour éviter ce grand inconvénient M. Dieffenbach a eu recours à une autre opération qui consiste à former un pli de plusieurs lignes de large et à exciser une portion de la conjonctive, ainsi que du tissu cellulaire au côté externe du globe de l'œil, tout près de l'insertion du muscle droit externe, si le strabisme est interne. Il soulève la conjonctive (sic) avec un petit crochet, forme un pli.et le retranche avec des ciseaux courbes sur le plat ; il est indispensable d'emporter une portion de la conjonctive oculaire (sic). Si le strabisme à un faible degré est externe, on peut avoir recours à la même opération ; seulement en la pratiquant en dedans il faut enlever une plus grande portion de la conjonctive ; car, d'après l'auteur, le strabisme interne est dû à l'action prédominante du muscle droit interne sur l'externe, qui reste à l'état normal ; dans le strabisme externe ce ne serait pas une action prédominante du muscle externe, mais une paralysie ou au moins un affaiblissement du droit interne. Le traitement consécutif ne présente rien de particulier ; on lave la plaie avec de l'eau froide ; il est bien entendu que la guérison est alors due au raccourcissement de la conjonctive(1).

---

(1) En combinant la suture avec l'excision, comme le fait M. Cunier, le résultat sera bien plus certainement obtenu. (Voir ci-dessous, p. 310).

L'auteur est aussi arrivé au même résultat, surtout dans le strabisme externe faible, en cautérisant la conjonctive de l'angle de l'œil opposé. Dans ce cas, M. Dieffenbach attribue la guérison non-seulement au raccourcissement de la conjonctive et à l'épaississement du tissu cellulaire sous-jacent, mais aussi à la stimulation du muscle affaibli. Une seule cautérisation suffit quelquefois pour redresser le globe; il faut laver celui-ci avec de l'eau froide immédiatement après l'avoir fortement touché avec la pierre infernale. M. Dieffenbach dit n'avoir jamais vu survenir de fortes inflammations à la suite de la cautérisation.

D. *Casuistique.*—M. Cunier a révoqué plusieurs fois en doute la continuité non-interrompue des succès de M. Dieffenbach; le passage suivant, que nous extrayons de la dissertation (de *Myotomiâ oculi*, Hauniae, mars 1841) de M. N. G. Melchior prouve combien M. Cunier avait raison, lorsqu'il écrivait qu'il fallait se mettre en garde contre les assertions du professeur de Berlin et de ses enthousiastes (v. *Ann. d'Ocul.*, juin, septembre, octobre 1840, et la préface de son ouvrage sur la *myotomie*, etc.) Voici comment s'exprime M. Melchior, pag. 90-92 :

« *Cum fama nobis de multis operationibus Dieffenbachii retulisset et contendisset, omnes fuisse omnino prosperas; egoque jam septem fecissem, quarum nonnullis non omnino contentus essem; eodem dubio ac Cunier* (v. *Schmidt's Jahrbucher*, 1841, *H. I, pag.* 95), *et Lucas* (v. *The Lancet*, 1840 *et* 41, *vol. I, pag.* 109) *de veritate hujus rei captus sum, itaque Berolinum profectus, ibique octo dies commoratus, rem aliter se habere, mihi persuasi....... Accurate*

notavi et examinavi uniuscujusque operati nomen, aetatem, munus, tempus, quo operatus est, rationem denique operationis, quantum id quidem fieri potuit, et fere semper, ut haec ipsa accuratius fierent, in his visitationibus habui comitem doctorem Bamberg aut Schulz. Ex 44 strabis, quos Berolini examinavi, 21 in ambobus oculis operati erant; 28 erant foeminae, 16 viri inter quintum et quadragesimum quartum annum, 5 erant bis operati. Ex illis 44 erant 10, quorum 5 in ambobus oculis operati erant, omnino curati.... 15, quorum 4 in ambobus oculis, admodum prospere operati erant. In 9, ex quibus 5 in ambobus oculis operati erant, parum modo vitium diminutum erat. In 10, quorum 7 in ambobus oculis operati, status idem aut PEJOR *erat quam ante operationem, quorum imprimis nomino Lad., sutoris filiam, novem annos natam, quae bis operata, et in qua secunda vice ambo recti externi secti erant, et fila, exterioribus finibus utriusque musculi adfixa, decussatim supra nasum posita erant. Nihilominus ambo oculi, qui admodum fixum obtutum habentes in orbita prominebant, extrorsum vergebant, et tum, primo Augusti, quatuor hebdomades post secundam operationem effluxerant; in illa etiam diplopia. Tamen nunquam diplopiam tanti gradus vidi, quam in Gr., mercatoris filia, 10 annos nata, cujus oculi, ante quatuor menses operati, extrorsum vergebant. Nunquam strabismum divergentem tanti gradus, quam in oculo sinistro Eil., filiae vigilis nocturni, 15 annos natae, quae bis operata erat, prima vice ob contrarium vitium oculi sinistri; diplopiam adfuisse annotem*

vix necesse est. In una puella, Pah., 15 annos nata, in qua ab initio ob strabismum divergentem rectus externus sectus erat, magnopere convergebat imprimis oculus sinister, ut jam omnino non valeret eum extrorsum movere. Fieri potest, ut ego casu multos infeliciter à Dieffenbachio operatos viderim. Eum alia periodo magis infelicem fuisse quam in aliis (Dieffenbach ipse mihi tum narrabat se fere 400 *oculos strabones jam operasse*) *contenderunt multi, imprimis in ea periodo, in qua partem musculi divisi abstulerit, musculum nimis solverit, plures musculos simul secuerit. Ex illa periodo fortasse etiam erat illa prominentia bulbi tam deformans; ita memini, me hanc vidisse in Thur, puella* 16 *annos nata, cujus oculus dexter ante quatuor menses operatus erat. De illa foemina Phillips in libro*, *La Chirurgie de M. Dieffenbach*, (1840), *inscripto, pag.* 69 *dicit*: *Les suites de cette opération furent très-heureuses. Unum praeterea operatum, a Phillips descriptum, in albo meo habeo, Meyer dictum, de quo Phillips p.* 67 *dicit: Meyer âgé de dix ans fut opéré le* 17 *février et guérit rapidement, cujus pueri familia mihi narravit, curam post operationem plures menses durasse, et jam oculus non operatus strabus erat. Igitur non solum cum Zeis* (v. *Schmidt's Jahrbucher, B.* 27, 1840, *pag.* 576), *conqueror, Phillips esse nimis brevem in relationibus suis de operationibus Dieffenbachii in strabonibus, sed etiam eum illas operationes minus recte atque accurate descripsisse.* »

Cette citation, nous tenons immensément à ce

que cela soit constaté, justifie pleinement les asser tions de M. Cunier.

Le jugement porté par M. Melchior et par M. Zeis, sur la manière dont M. Phillips a rapporté les faits qu'il a observés à Berlin, nous rappelle ce qu'en disait M. Cunier (*Ann. d'Oc.* sept. 1840) : « M. Phillips (*La chir.* etc.) s'extasie devant les « beaux résultats de l'opération ; le chapitre qu'il « consacre à la contorsion oculaire peut se résumer « en ces mots : *Un strabisme étant donné, cou-* « *pez le muscle dans la direction duquel existe* « *la déviation*, *et crac !.... l'œil reprend sa rec-* « *titude normale !!!....*

Nous avons vu ci-dessus, qu'il y a beaucoup à retrancher dans la réalité de ce qu'a écrit M. Phillips au sujet des opérations de M. Dieffenbach. Mais que penser des 100 cas de réussite continue, par lesquels a débuté le chirurgien de Liége? C'est à St-Pétersbourg que ce résultat a été obtenu ; il y a trop loin d'ici là pour que nous allions nous y enquérir de la vérité des faits. La *medical Review* (1841) se montre assez incrédule : « Nous ne pouvons pas, dit-elle, « parler de l'ouvrage de M. Phillips dans les termes « du moindre éloge, parce que cette narration « pompeuse (*blashoning*) de cent cas de succès « non-terni (*unternished*) nous paraît être desti- « née à capter (*ad captandum*.) »

L'événement a justifié l'opinion du rédacteur de la *Revue médicale anglaise.*

A Paris, M. Bouvier a suivi ses opérations. Voici les résultats obtenus (1) sur un total de 100 per-

(1) De la ténotomie, etc., p. 563-564.

sonnes opérées, (quelques-unes l'ont été des deux yeux) :

Strabisme convergent.

13 strabismes devenus divergents;
69 ont été bien redressés ;
24 n'ont pas été redressés immédiatement;
10 ont été incomplétement redressés ;

Pour résultat définitif, M. Phillips a obtenu :

75 bien redressés ;
16 incomplétement redressés;
5 nullement redressés ;
5 dirigés en dehors ;

Dans le nombre de treize strabismes divergents (consécutifs à la section du droit interne), un a été opéré des deux yeux, et un autre a été opéré deux fois sans succès.

Strabisme divergent.

Le résultat immédiat a été :

10 non redressés immédiatement;
3 incomplétement redressés ;
3 nullement redressés ;

Et comme résultat définitif:

9 redressés consécutivement ;
1 nullement redressé;
Et les autres incomplétement.

Trois fois M. Phillips a coupé trois muscles ; un de ces malades a été opéré des deux yeux. Tous ont eu les deux yeux bien redressés, *mais ils ont conservé une exophthalmie et la chute de la paupière inférieure*. (inférieure?)

Tels sont les résultats auxquels est arrivé M. Phillips. En 1840, il ne comprenait pas la possibilité d'un revers ; il en est arrivé maintenant à devoir écrire (op. cit. p. 329) :

« *Les trois quarts des sujets opérés guéris-*
« *sent parfaitement bien. Il y a un vingtième*
« *d'insuccès, c'est-à-dire de non-redressement;*
« *un vingtième où les yeux sont dirigés dans*
« *une direction opposée au strabisme que l'on a*
« *voulu guérir; et enfin, on compte un quin-*
« *zième de demi-succès, c'est-à-dire de redres-*
« *sements incomplets.* »

Après cet aveu, M. Phillips se demande : « *Exis-*
« *te-t-il des strabismes qui ne puissent pas être*
« *redressés?* » Sa réponse est : « *Jusqu'à ce*
« *jour je n'en ai jamais vu.* » Voilà qui est assez fort. Un vingtième de ses louches opérés sont restés *louches*, et « *il n'a jamais* vu *de strabismes* IRREDRESSABLES !!!...

M. Baudens a suivi M. Phillips dans la voie des succès non interrompus. « Notre auteur, disent les *Archives générales de médecine* (1841, p. 258),
« pense que toutes les espèces de strabisme doi-
« vent être opérées. Il s'élève contre la distinction
« et les réserves qui ont été faites par d'autres, et
« il les traite de sophismes et de subtilités. Sans
« doute, dit-il, il serait commode pour les opéra-
« teurs de se conserver une *soupape de sûreté*,
« et de pouvoir dire, en cas d'insuccès, il existe
« diverses espèces de strabismes, *fonctionnels* par

« exemple, et *musculaires ;* les premiers doivent « échouer, même après l'opération la mieux faite, « et les seconds seuls réussir. M. Baudens crie très-« haut qu'il ne reconnait pas de strabisme incura-« ble, et il demande dans un style un peu vantard « que les incrédules le mettent à l'épreuve ; il se « rendra à l'évidence s'il échoue. »

M. Phillips, dont les opérations ont été dans le principe si merveilleusement heureuses, parle des réussites constantes en général et de celles de M. Baudens en particulier, dans les termes suivants :

« Pendant les quelques mois qui viennent de s'écouler, « nous avons entendu annoncer de si nombreux et de si « brillants succès, que nous nous sommes demandé si « les deux grands chirurgiens qui disent n'avoir jamais « *éprouvé* (sic) d'accidents, exécutaient une opération « dont la base était différente de celle sur laquelle re-« pose celle que nous faisons (!!!). Mais lorsque nous « avons eu connaissance des résultats réels de leur pra-« tique, nous avons pu apprécier la valeur de leurs as-« sertions : comme leurs annonces dépassaient la réa-« lité des faits, comme l'affiche était plus séduisante que « le spectacle même, il a bien fallu chercher la cause de « ces mensonges : ils ont été les résultats, forcés peut-« être, d'une vanité blessée, de ce qu'on ne pouvait *oser* « avec les chirurgiens de Paris, ce que l'on *osait* impu-« nément avec des aides et des sous-aides ; et d'une part « ces petits mensonges ont de même été, forcément sans « doute, produits dans le public, afin de sortir d'une « position plus ou moins équivoque. — L'annonce de ces « succès, toujours et constamment si beaux, nous ONT « d'abord effrayé !.. (*De la ténotomie*, p. 318-319).

« D'après ce qui est écrit dans ce travail, dit encore

« M. Phillips, on voit qu'il ne faut accorder aucune im-
« portance à ce que M. Baudens a écrit relativement à
« ses succès constants. J'ai rapporté plusieurs faits qui
« démentent son assertion, et je suis convaincu qu'il
« pourrait, s'il voulait s'en donner la peine, publier une
« série d'observations d'insuccès primitifs et d'accidents
« consécutifs. Ce travail serait intéressant à connaître,
« et utile à la pratique, parce qu'il aurait pour base un
« nombre considérable de faits. »

Quel changement s'est donc opéré en M. Phillips depuis son séjour à Paris!... *Quantum mutatus ab illo!!*

Ecoutons maintenant ceux qui ont écrit plutôt pour éclairer leurs confrères, que pour allécher les clients :

« M. d'Ammon, écrit M. Fleussu (*Bulletin méd. belge*, nov. 1841), expose (*die Behandlung des Schielens durch den Muskelschnitt*) les résultats de 72 opérations faites à Dresde, tant par lui que par MM. Baumgarten, Zeis et Warnatz. 45 de ces opérations ont eu des résultats entièrement satisfaisants, 13 ont eu des résultats moins satisfaisants, et 14 ont totalement échoué. Parmi les premiers 45, on a été obligé de réitérer l'opération sur 3 individus, et il n'y a pas de doute que le chiffre des 13 opérations dont les résultats ont été moins satisfaisants eût beaucoup baissé si l'on avait pu revenir à l'opération. « Parmi les cas où celle-ci a échoué, il y avait des individus soit trop vieux, soit trop jeunes, chez lesquels les moyens orthophthalmiques ont été négligés »

M. Cunier, lui, a commencé par faire connaître des revers ; il a voulu instruire ses confrères en tra-

çant l'exposition fidèle de ses insuccès. Le passage suivant est extrait d'un article inséré dans ses *Annales* du mois de février 1841, (p. 222-225) :

« J'ai constaté depuis dix mois 47 récidives sur 169 louches, chez lesquels l'opération avait d'abord été couronnée de succès ; ce qui donne la proportion de 278 rechutes sur 1000 guérisons.

« Sur 12 récidives observées dans ma pratique, 7 ont été guéries en détruisant les adhérences formées, 4 par l'exercice orthophthalmique que tous avaient négligé dès les 2e, 5e, 6e, 7e, 8e, 20e, 21e, et 22e jours.

« En admettant que le nombre des récidives curables soit partout le même, — ce qui est fort au-dessous de la réalité — elles le seraient donc dans la proportion de 7 : 12, ou de 162 pour le chiffre de 278 rechutes sur 1000 guérisons.

« Mais la myotomie appliquée au traitement du strabisme ne date que d'hier et la plupart des chirurgiens manquent encore de notions exactes sur les causes et la nature de la difformité. L'expérience montrera bientôt quels sont les cas dans lesquels l'opération peut produire la guérison, quelle est la conduite à tenir après la section des muscles ; les récidives seront alors bien moins fréquentes, et les insuccès tous les jours plus rares.

« Que si les premiers opérateurs n'eussent point trompé leurs confrères en leur annonçant des succès toujours constants, la proportion des revers qui a été d'abord à Paris, de 1 sur 2, entre les mains des chirurgiens les plus habiles, se fût au moins maintenue : : 1 : 10 ; l'expérience et surtout l'étude du strabisme, l'ont déjà fait descendre à un taux

que je crois devoir porter (1) — en m'en référant à ce qui se passe en ce moment — : : 2 à 25, c'est-à-dire à 4 p. °/o. Il est bien entendu que par *revers*, il ne faut pas entendre les opérations dans lesquelles les muscles ont été ou pas du tout, ou incomplétement divisés.

« Pour mon compte, j'ai échoué 12 fois, sur 71 opérations, dont 68 seulement ont pu être achevées (2), et sur les 9 qui restent, 3 eussent certainement pu être guéris par la section du grand oblique, opération que je n'ai mise en usage qu'à dater du mois d'août 1840.

« Une fois, le strabisme en dehors a été converti en interne ; je me suis assez longuement étendu sur ce fait, dans mon second article, pour ne plus m'en occuper ici.

« 6 revers, sur 68 tentatives, cela fait 8 $^{8}/_{10}$ ou 1 sur 11 opérés ; or je le demande, quelle est l'opération chirurgicale, de date aussi fraîche, qui offre de plus beaux résultats. »

M. Cunier disait en terminant :

« On arrivera bientôt à des réussites presque

---

(1) Cette proportion est établie sur un chiffre de plus de 300 opérés, tant en Belgique qu'à Paris, Londres, et en Hollande. Je ne fais pas entrer en ligne de compte, les opérations de MM. Phillips et Dieffenbach, qui ne parlent que de leurs succès. »

(2) Deux fois il m'est arrivé, par le fait de l'indocilité des malades, une fois à cause d'une hémorrhagie abondante, de ne pouvoir arriver à diviser entièrement le muscle. Ce sont là trois opérations inachevées, — qui ne doivent pas figurer dans une statistique, — et non des revers. »

« constantes ; mais ceux-là seuls les obtiendront,
« qui comprendront qu'il y a pour cette opération
« des *indications* et *contre-indications*, basées
« tant sur l'état actuel et la nature de la contorsion
« de l'œil, que sur les causes qui y ont donné nais-
« sance : ceux-là seront *les plus heureux*, qui
« n'opéreront pas à tort et à travers. »

En juin 1841, M. Cunier avait obtenu les résultats suivants (Ibid. vol. V, p. 140) :

« Sur 219 louches qui ont subi la myotomie oculaire au dispensaire ophthalmique de Bruxelles, depuis le 1er octobre 1840, jusqu'au 31 mai 1841, 67 ont été opérés des deux yeux, 152 d'un seul œil ; — ce qui fait en tout 286 opérations.

« Le succès a été complet chez 213 louches ; dans *trois cas* de strabisme *ankylosé* le mouvement en sens opposé à la diviation a seulement été rendu possible ; deux fois le résultat a été négatif ; chez un sixième louche, il y a eu récidive, et une seconde opération n'a remis l'œil dans sa situation normale, que pour le voir se dévier de nouveau dès le septième jour.

« Quatre fois il y a eu récidive, mais elle a cédé à une nouvelle opération. »

Voilà donc en somme, *six insuccès*, sur 286 opérations ; et encore ces insuccès ont-ils été en partie détruits. C'est là ce que nous apprend M. Fleussu (*Ann. de la Société des Sciences médic. et nat. de Malines*, 1841, p. 36—39).

« Jamais, dit M. Fleussu, opération n'a été ac-
« cueillie avec autant d'enthousiasme que la stra-
« botomie. On ne vit dans la cure du strabisme par
« la myotomie qu'une opération simple et facile, et
« chacun se mit à l'œuvre. On s'arracha les louches,
« on les courut comme du gibier propre à nourrir,

« à engraisser la réputation. Malheureusement, la « plupart négligèrent de s'exercer sur des yeux de « cadavres, sur des yeux d'animaux vivants; le « plus grand nombre perdirent de vue qu'il fallait, « avant tout, posséder des notions exactes sur l'a- « natomie des muscles oculaires et de leurs adja- « cences. Aussi que de déboires n'avons-nous pas « vus chez nous ? Que de séances *strabotomiques*, « pompeusement annoncées et terminées par un « échec complet, après un temps infini consa- « cré par l'opérateur à rechercher le muscle à « couper ! !

« D'autres, plus sages, ont commencé par s'en- « tourer de ces connaissances indispensables ; ils « ont étudié jusques dans ses moindres détails les « causes, les variétés du strabisme, et ils sont ainsi « arrivés à des succès qui sont d'autant plus frap- « pants, qu'entre les mains de leurs confrères l'o- « pération demeure presque toujours sans résultat « et est fréquemment suivie d'accidents plus ou « moins graves.

« J'ai servi d'aide depuis un an dans plus de six « cents opérations de strabisme pratiquées par « M. le docteur Cunier au Dispensaire ophthalmique « de Bruxelles, avec un succès constant (les échecs « sont au nombre de 4, donc $0^{2}/^{3}$ pour cent (1); j'ai

---

(1) M. Phillips, qui a, dit-on, de si beaux succès, rapporte dans ouvrage sur la *Ténotomie* p. 324, que les trois quarts seulement des sujets opérés par lui ont été parfaitement redressés. Il est donc loin, fort loin, d'atteindre la perfection à laquelle nous sommes parvenus.

(*Note de M. Fleussu.*)

« moi-même plusieurs fois pratiqué cette opération;
« j'ai recueilli des notes détaillées sur toutes les
« particularités qui se sont offertes. Je les ferai
« connaître incessamment. »

E. *Saillie du globe consécutive à l'opération du strabisme.* — Nous bornerons là notre analyse des travaux sur la myotomie appliquée au traitement du strabisme, ne voulant, ainsi que nous l'avons dit en commençant, ne nous occuper que de ce qui a trait aux procédés employés, aux résultats obtenus, et à ses applications au traitement d'autres affections oculaires. Nous exposerons cependant ici ce qui a été écrit par M. Cunier sur un moyen de remédier à la saillie du globe consécutive à l'opération du strabisme interne; nous donnerons ensuite l'extrait publié par M. Guérin, dans sa *Gazette médicale*, (n° 48, 27 novembre 1841, p. 766), d'un mémoire sur le même sujet.

Le 15 novembre, M. Cunier adressait à l'Académie royale de médecine de Belgique, la lettre suivante (*Ann. d'Oculist.* novembre 1841, p. 95) :

« J'ai donné la description, dans le dernier numéro de mes *Annales d'Oculistique* (octobre 1841, p. 52), d'un moyen imaginé par M. Rognetta et mis en usage d'abord par M. Guérin, puis par M. Baudens, pour remédier à la saillie du globe de l'œil, qui survient parfois à la suite de l'opération du strabisme interne. Ces chirurgiens réunissent, au moyen de deux ou trois points de suture, l'angle interne de la paupière inférieure au point correspondant de la paupière supérieure, après avoir enlevé avec des ciseaux courbes un pli tégumentaire en forme de croissant, selon la disposition de l'angle interne de l'orbite, et de manière à agir en dehors des points lacrymaux.

« Cette opération ne diminue point la saillie du globe de l'œil ; on ne fait que la masquer en déterminant une espèce d'épicanthus. La tension des paupières qui en résulte nuit à la facilité de leur jeu ; le globe se congestionne ; les points lacrymaux sont tiraillés, comprimés, ou se renversent en dedans, d'où des obstacles au cours des larmes. Ajoutons que la peau, dans le lieu où ont été appliqués les points de suture, tirée fortement en haut dans les contractions de l'occipito-frontal, finira par se détacher de plus en plus, et que l'épicanthus sera ainsi augmenté au point de nécessiter une opération.

« Le procédé auquel j'ai recours me paraît préférable en ce qu'il agit directement sur la proéminence et ne peut avoir aucun des inconvénients que je viens de signaler.

« Au moyen de deux crochets-airignes, je forme entre la cicatrice et la caroncule enfoncée dans le grand angle, un pli vertical, dans une étendue en rapport avec la saillie, et comprenant la conjonctive, et autant que possible la membrane fibreuse; j'excise alors ce pli avec des ciseaux courbes sur le plat. Si la membrane fibreuse n'a pu être comprise dans le pli, je la soulève avec des pinces et je la divise d'un coup de ciseaux donné en emporte-pièce.

« Les bords de la plaie sont ensuite rapprochés au moyen de deux points de suture passés à travers la conjonctive et la membrane fibreuse.

« La perte de substance ainsi produite dans la conjonctive, et dans la membrane sous-jacente, détermine un raccourcissement et une adhérence intime avec le globe, qui font cesser la proéminence de celui-ci, et ramènent en sa place la caroncule, qui était tombée dans l'excavation formée auparavant par la convexité du bulbe et la paroi interne de l'orbite.

« La circonstance que la saillie du globe consécutive à la strabotomie interne est toujours accompagnée d'un cer-

tain degré de strabisme externe, m'eût nécessairement conduit à recourir à l'opération que je viens de décrire, lorsqu'un strabisme se forme en sens opposé au muscle divisé, si déjà je ne l'avais mise en usage dans un cas analogue, dont j'ai fait mention dans la lettre que j'ai eu l'honneur d'adresser à l'Académie le 16 octobre passé. Une communication faite en août dernier à la Société des Sciences médicales et naturelles de Malines par M. le docteur Fleussu (voir *Archives de la médecine belge*, octobre, p. 176) prouve encore que j'en avais depuis longtemps conçu l'idée. Mais cet accident a été si rare dans ma pratique, que je n'ai trouvé qu'une seule fois l'occasion de le combattre par mon procédé, qui remplacera ici la section de l'abducteur que l'on est dans l'habitude de pratiquer, et à laquelle j'ai moi-même eu recours chez l'un des trois seuls malades (parmi les 14 ou 1500 que j'ai opérés), qui m'aient offert des exemples de déviation en sens opposé au muscle divisé.

Le 22 novembre, M. Jules Guérin a lu à l'Académie des Sciences, un mémoire intitulé : *Moyen de combattre la saillie, la déviation et la perte du mouvement des yeux, consécutives à l'opération du strabisme*. Voici l'extrait que M. Guérin lui-même (*loc. supra cit.*) donne de ce travail :

« Ces trois accidents, consécutifs à l'opération du strabisme, dépendent :

« 1° De ce que les enveloppes de l'œil, fascia et conjonctive, ont été détachées dans une trop grande étendue, et se sont insérées consécutivement plus ou moins en arrière de la portion du globe oculaire, à laquelle elles s'insèrent à l'état normal ;

« 2° De ce que le muscle divisé pour remédier au

strabisme présente l'une des quatre dispositions suivantes : ou bien les deux bouts du muscle sont réunis sans avoir contracté d'adhérence vicieuse avec les parties environnantes, mais le muscle est resté trop long ; ou bien les deux bouts du muscle sont réunis ; mais la portion intermédiaire a contracté de fortes adhérences avec le globe oculaire et avec la face correspondante du fascia ; ou bien, les deux bouts ne s'étant pas réunis, le bout postérieur, séparé de l'antérieur, s'est greffé sur un point postérieur du globe oculaire ; ou bien, enfin, le bout postérieur, séparé de l'antérieur, n'a contracté aucune adhérence avec la sclérotique, et ne s'est pas rattaché à l'œil.

« Les causes matérielles de ces trois accidents, étant ainsi ramenées à leur plus simple expression, fournissent pour ainsi dire d'elles-mêmes les indications à remplir pour les faire disparaître. Si, d'une part, les liens de l'œil sont relâchés ou détruits, il s'agit de les resserrer ou de les rétablir ; si, de l'autre, le muscle est trop long, il faut le raccourcir ; s'il a contracté des adhérences vicieuses, il faut détruire ces adhérences, et leur substituer une insertion qui se rapproche le plus possible de la normale ; si enfin le muscle est resté détaché de son bout correspondant, ou même ne s'est pas du tout réuni à l'œil, il s'agit de renouer ces deux bouts, ou de rattacher le muscle lui-même au globe oculaire. Aucune de ces indications n'avait été posée jusqu'ici. Pour mieux faire comprendre le système d'opérations à l'aide duquel je les ai remplies, je vais rapporter, avec quelques détails, une des applications que j'en ai faites.

« Une demoiselle de province, âgée de 18 ans, m'a été présentée il y a deux mois environ ; elle avait été opérée dans sa ville natale pour un strabisme convergent double très-prononcé. A la suite de cette première opé-

ration, les deux yeux, devenus très-saillants, s'étaient fortement déviés en dehors, et ils ne pouvaient plus être ramenés en dedans, du côté droit principalement. Le chirurgien qui avait pratiqué les deux premières opérations tenta en vain de remédier à ces accidents en faisant la section et même la résection du droit externe du côté droit. Cette opération, réitérée trois fois au dire de la malade, n'amena aucune amélioration. Au contraire, des adhérences considérables entre le fascia oculaire, le fascia des paupières et la glande lacrymale, complétèrent l'immobilité de l'œil. De ce côté, en effet, le bord externe de la cornée touchait habituellement l'angle externe des paupières, et, dans les plus grands efforts, la malade ne pouvait faire voyager l'œil en dedans que de quelques millimètres. A gauche, la déviation de l'œil en dehors était presque aussi considérable, mais il pouvait être ramené au centre de l'orbite, sans toutefois dépasser cette position d'un millimètre. La malade était dans cet état depuis cinq mois environ, lorsqu'elle est venue me consulter. Elle avait recueilli les avis de plusieurs autres chirurgiens de Paris : les uns avaient déclaré le mal audessus des ressources de l'art; les autres s'étaient bornés à conseiller la section déjà pratiquée des droits externes, regardant toute autre opération comme inutile; ils ne laissaient d'ailleurs pas espérer grand résultat de la dernière ressource à laquelle ils s'arrêtaient.

« Pour moi, qui croyais m'être rendu compte d'une manière plus précise de la nature des accidents, je consentis à tenter les opérations suivantes :

« La malade étant couchée comme pour l'opération du strabisme, je commençai par détruire les adhérences qui existaient à l'angle externe de l'œil droit; je découvris ensuite le siége présumé du muscle; mais, à la

place du tiers antérieur de ce dernier, il n'existait que des lames fibreuses intimement unies à la sclérotique. Ayant pénétré plus profondément, je trouvai les débris de la gaîne musculaire et la portion postérieure du muscle, confondus avec les points correspondants de la sclérotique. Je disséquai le tout avec beaucoup de précaution, j'arrivai à détacher ce qu'il restait du muscle, ainsi que la portion de fascia qui occupait la place de son bout antérieur. Ce dernier paraissait avoir été excisé. Ayant détruit ainsi tous les liens qui retenaient l'œil bridé en dehors, j'essayai de le faire ramener en dedans au moyen de la contraction du droit interne; mais il resta à peu près aussi dévié et aussi immobile qu'avant le premier temps de l'opération. Des tractions exercées au moyen d'une airigne me permirent de le ramener dans une adduction complète. Je m'assurai ainsi que j'avais détruit toutes les adhérences et tous les obstacles au redressement de l'œil. Je m'occupai immédiatement de maintenir ce redressement, et d'en rétablir les agents physiologiques.

« Je découvris l'emplacement du droit interne; je rencontrai d'abord, comme dans l'angle externe, une portion de cicatrice dure, nacrée, très-adhérente à la sclérotique, qui avait été le siége de végétations consécutives à l'ancienne opération, et qui occupait une étendue de 4 à 5 millimètres. Je pénétrai plus profondément derrière cet espace, et ne rencontrai que le fascia, dont l'insertion à l'œil paraissait avoir été ainsi reculée de près d'un centimètre. Cependant une dissection minutieuse de ces membranes, dans l'étendue de presque la moitié de la circonférence de l'œil, ne me fit découvrir aucune trace d'insertion du muscle à l'œil, et même aucune trace de fibres musculaires. Je présumai que le bout postérieur du droit interne s'était retiré dans sa

gaîne et que l'orifice antérieur de cette dernière avait été bouché par la cicatrice. Un examen plus approfondi et une dissection minutieuse des parties me montrèrent en effet qu'il en avait été ainsi. Je désobstruai donc, et j'agrandis, au moyen d'une incision longitudinale, l'orifice antérieur de la gaîne musculaire; j'aperçus l'extrémité libre du muscle, je l'attirai en avant à l'aide d'une pince, et l'appliquai contre le point correspondant de la sclérotique. Je recouvris le tout du lambeau de lamelle fibreuse et de fascia que j'avais détaché, comme je le pratique dans mon procédé de strabotomie par dissection. Une dernière indication à remplir, et la plus importante, c'était de maintenir l'œil en dedans pour favoriser l'insertion du muscle et du fascia sur des points suffisamment antérieurs pour s'opposer au retour du renversement de l'œil. Je remplis cette indication de la manière suivante. Un fil ciré fut passé, à l'aide d'une aiguille à coudre', dans l'épaisseur du fascia oculaire, tout près du bord externe de la cornée transparente. L'œil étant ainsi accroché, je l'attirai en dedans d'un centimètre environ, et le maintins dans cette position, en attachant les deux bouts du fil au dos du nez, à l'aide d'emplâtre de diachylon gommé. Le reste du pansement se fit comme à la suite de l'opération du strabisme. Aucun accident ne survint. Le lendemain, dans l'après-midi, le fil se détacha de lui-même, et, chose presque incroyable, le mouvement de l'œil était rétabli en dedans, mais nul encore en dehors. Le globe oculaire était resté tourné un peu en dedans. A mesure que la plaie de l'angle externe se cicatrisa, le mouvement correspondant se rétablit, l'œil se redressa complétement, et en moins de huit jours il avait recouvré sa forme, sa position, et presque toute sa mobilité normales. Je dis presque, car le mouvement

d'abduction resta un peu borné, et à mesure qu'il se rétablit, il diminua proportionnellement l'étendue du mouvement d'adduction ; mais la mobilité redevint suffisante et resta la même dans les deux sens.

« Le succès de cette première opération m'encouragea à la répéter sur l'autre œil. On remarquera qu'ici il n'y avait pas d'adhérence en dehors; le droit externe n'avait pas été coupé; l'opération a donc été modifiée en raison de cette différence de conditions, sans toucher au droit externe. Cependant le résultat a été aussi heureux que dans le cas précédent, et la malade est aujourd'hui dans l'état le plus satisfaisant, c'est-à-dire que les deux yeux sont complétement redressés et jouissent de leur mobilité presque normale; seulement l'œil droit au repos reste un peu plus ouvert que le gauche; mais cette légère différence disparaît complétement dans les mouvements d'expression de la face. Depuis lors j'ai pratiqué une troisième fois la même opération, et j'ai obtenu les mêmes résultats. »

F. *Applications diverses de la myotomie oculaire.*—L'opération qui nous occupe a été appliquée au traitement de la myopie, de l'amaurose, et de la kopiopie.

a) *Myopie.* — M. Guérin est le premier qui ait posé les indications de la myotomie dans la myopie. « Il existe, selon lui, deux espèces de myopie, comme il existe deux espèces de strabisme : la myopie *mécanique* ou *musculaire*, et la myopie *optique* ou oculaire. La myopie mécanique, comme le strabisme de la même espèce, résulte de la brièveté primitive ou de la rétraction active des muscles de l'œil. » (*Ann. d'Ocul.*, avril 1841, p. 31.)

Pour M. Guérin, les muscles trop courts dans la myopie mécanique, sont les muscles droits simulta-

nément, ou deux ou trois seulement d'entre eux, mais de manière à ce que le raccourcissement soit proportionnellement égal dans les muscles affectés.

Quelques opérations pratiquées par M. Guérin, ont servi à démontrer le fondement de son opinion. M. Cunier est venu ensuite (*Ann. d'Oc.* juin 1841) signaler des guérisons obtenues par la section simultanée des droits interne et externe.

M. le docteur Kuh, de Breslau (*Casper's Wochenschrift*, 1841, nº 15) a obtenu un résultat satisfaisant de la section des quatre muscles droits; dans un autre cas, il a coupé le droit interne et le droit externe, sans obtenir aucune amélioration.

M. Kuh pense que M. Phillips n'est pas dans la bonne voie (*auf dem richtigen Wege*), et qu'il est impossible qu'il ait guéri des myopes par la section du grand oblique. M. Kuh est d'avis que cette opération doit plutôt augmenter que diminuer la myopie.

Suivant M. Bonnet, la myopie mécanique reconnaîtrait pour cause, la contraction du petit oblique. C'est ce muscle qu'il divise. Voici ce qu'en pense M. Cunier (*Ann. d'Oc.* juillet 1841, p. 172—175).

« Nous avons fait connaître (*Ann. d'Oc.* juin et *Gaz. méd. de Paris,* 10 juillet) que nous avions réussi, en avril et mai, à faire cesser la myopie, trois fois par la division simultanée des droits externe et interne, une fois par la section du petit oblique. — L'opération de M. Bonnet nous avait paru préférable, et nous avons cherché à nous assurer si effectivement elle guérissait. Six fois nous l'avons mise en pratique depuis le mois de mai, et notre premier essai a seul été couronné de succès. La contracture de l'oblique inférieur était évi-

dente dans ce cas ; le globe se trouvait tiré d'arrière en avant, le bord supérieur de la cornée n'était pas recouvert par la paupière, tandis que le bord inférieur était caché sous le bord ciliaire d'en bas. Enfin, la dépression du globe avait lieu selon ce bord ciliaire, le bombement selon le bord palpébral supérieur. Ces signes n'existaient point dans les cinq autres cas ; aussi la division du petit oblique ne fut-elle suivie d'aucun résultat ; la myopie nous parut même plus forte qu'auparavant ; la section des droits interne et externe, pratiquée ensuite chez trois de ces malades, a fait cesser la myopie. Une autre fois, la division des droits externe et interne était demeurée sans résultat ; la dépression persistait en bas ; le petit oblique une fois coupé, cette dépression s'est effacée et la myopie a cessé. »

Tout ce que l'on connaît jusqu'à ce jour, sur les indications de la myotomie pour combattre la myopie, est incomplet ; ni MM. Guérin et Kuh, ni M. Bonnet, ni M. Cunier n'ont posé des indications suffisantes. La comparaison de leurs résultats, des raisons qu'ils assignent à leur conduite, serait chose éminemment utile.

β.) Amaurose.—C'est un médecin anglais, le docteur Adams (*Prov. med. and Surgical Journ.*, avril 1841) qui a fait connaître le premier fait de guérison d'amaurose par la myotomie. M. Fleussu fait remarquer, dans un mémoire qu'il vient de soumettre à la Société de médecine de Gand (décembre 1841), que la maladie à laquelle l'oculiste anglais donne le nom d'amaurose, n'était autre chose que la disposition à la fatigue des yeux, dont il sera question ci-dessous.

Le sujet de l'observation de M. Adams est une femme de 22 ans, qui ne pouvait travailler à l'ai-

guille ni lire, ni regarder les petits objets avec l'œil droit, sans éprouver des vertiges et de la confusion dans la vue. La section du droit interne, n'ayant pas amené un bénéfice complet et ayant produit la diplopie, le droit interne fut coupé quinze jours après. La diplopie cessa immédiamment et la vue gagna encore.

M. Ruete, de Gôttingue (1), est venu, après M. Adams, signaler deux cas d'amaurose torpide guérie par la section musculaire. M. Fleussu s'est attaché à prouver que M. Ruete n'avait pas eu affaire à des amauroses, mais simplement à des paralysies partielles de la 3e paire, avec strabisme externe et mydriase.

« La théorie des analogues, écrit M. Pétrequin à l'Académie des Sciences de Paris (séance du 6 septembre) faisait pressentir, et la strabotomie a démontré, que le système moteur de l'œil exerce une large influence sur le système sensitif; d'après ce que j'ai observé chez les louches, j'ai été conduit à penser, que certaines amauroses devaient reconnaître pour cause première un état spasmodique d'un ou de plusieurs muscles du globe de l'œil. Dans le strabisme, le spasme musculaire est aujourd'hui un fait acquis à la science; il n'est pas moins vrai que, dans la majorité des cas, il existe un affaiblissement plus ou moins prononcé de la vue, spécialement du côté où la déviation morbide est le plus manifeste. Or, j'ai reconnu que soit primitive, soit consécutive (ce n'est pas ici le lieu d'en

---

(1) Neue Untersuchungen und Erfahrungen uber das Schielen une seine Heilung. Göttingen, 1841, in-8e de 148 p.

discuter la nature) cette asthénie visuelle cède en général à l'opération de la strabotomie, surtout quand on a soin de recourir à la gymnastique orthophthalmique. Dès lors la myotomie deviendrait un nouveau moyen héroïque pour les amauroses qui proviennent de cette cause; il importait d'établir ce fait primordial; il importe de reconnaître les cas de cette catégorie. »

M. Pétrequin dit posséder plusieurs cas de guérison, mais il se borne à rapporter les deux suivants :

Obs. I. — Un ouvrier journalier âgé de 18 ans, était affecté d'une amaurose incomplète de l'œil gauche que M. Pétrequin ne put rapporter à aucune des causes ordinaires; il remarqua que, dans certains mouvements des yeux, il y avait tendance à la déviation en dedans ; M. Pétrequin crut pouvoir conclure que l'état spasmodique de l'appareil musculaire exerçait une profonde influence sur la fonction visuelle, et le 8 mai 1841, il coupa les deux muscles droits internes. La vue fut immédiatement améliorée à gauche et en cinq semaines elle devint tout à fait normale, égale à celle de l'œil droit.

Obs. II. — Un ouvrier de 17 ans, portait une amaurose ancienne presque complète de l'œil gauche, survenue sans cause connue. Il ne pouvait compter des doigts, une bande, etc. M. Pétrequin remarqua que certains mouvements des yeux révélaient une tendance à la déviation en dedans; il en conclut, comme dans le cas précédent, que le système moteur de l'œil troublait son système sensitif. La section des deux droits internes détermina une amélioration instantanée; trois semaines plus tard la vue avait gagné en netteté et en étendue, au point que le malade pouvait déchiffrer de gros caractères et dis-

tinguer les personnes à plus de cent pas. Les progrès ont été continus et croissants.

γ.) *Kopiopie.* — M. Pétrequin désigne sous ce nom, la disposition à la fatigue des yeux. Il s'est attaché, dans un mémoire inséré dans les *Annales d'Oculistique* (1841, septembre) à démontrer la nature musculaire de cette affection, sur laquelle la science ne possédait avant lui que des données très-inexactes. Les causes, le mécanisme de la kopiopie ont été examinées avec le soin le mieux entendu par M. Pétrequin.

Le savant chirurgien de Lyon est revenu tout récemment (*même journal*, 1841 novembre) sur ce sujet. Après avoir exposé les résultats obtenus par M. Bonnet, et rappelé ceux que lui-même avait déjà signalés, pour montrer que la kopiopie peut céder à la section soit des muscles droits, soit du petit oblique, M. Pétrequin se demande : *Quelle est ici la puissance la plus influente?* « M. Bonnet paraît « se prononcer pour les obliques ; quant à moi je « tiendrais à croire que ce sont les droits, la vérité « est (et c'est là le point important) que les uns et « les autres exercent une grande influence. »

M. Bonnet pratique pour la kopiopie, la même opération que pour la myopie ; il divise le petit oblique à son insertion orbitaire antérieure. Il introduit, à cet effet, par une piqûre pratiquée à la paupière inférieure, un ténotome mousse dont il dirige l'extrémité en arrière et en dedans, avec la précaution de lui faire suivre la paroi inférieure de l'orbite ; lorsqu'il est arrivé à 3 centimètres de profondeur, il le ramène en avant, jusqu'à ce qu'il le sente sous la peau ; il accroche nécessairement ainsi l'insertion antérieure du petit oblique et il la divise

complétement, d'autant plus qu'il a soin de diriger le tranchant en bas et au devant du maxillaire supérieur.

M. Pétrequin a considérablement éclairé et perfectionné la question de la kopiopie ; cette affection offre néanmoins encore un large champ aux recherches.

FIN.

Fig 1.

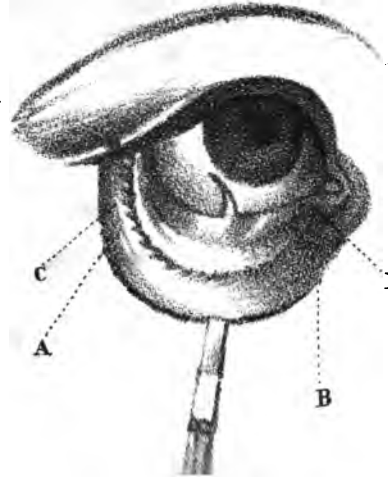


Fig 2.



TABLE

DES

TIÈRES.